Rok XXVIII. Kraków, 16 Listopada 1889. Nr. 46.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Nowy sposób przytwierdzania wypadłéj lub w tył pochylonéj macicy za pomocą przeszczepienia więzów obłych.

Podał
Dr. Wł. Matlakowski w Warszawie.

Dotychczasowe sposoby umocowywania macicy do ściany brzucha, czy to przez przyszycie powstałéj szypuły po odciętym jajniku lub jego guzie, czy też przez przyszycie saméj macicy (sposoby Olshausena, Sengera, Czernego) przedstawiają tę słabą stronę, iż nie wzbudzają zupełnego zaufania w trwałość zamierzonych skutków operacyi. Proponowany przezemnie sposób, przez zastąpienie sztucznych środków przytwierdzenia naturalnemi, ma na oku zapewnienie większéj trwałości nowemu położeniu macicy, która przy umocowaniu według dotychczasowych sposobów w wielu razach oswobodziwszy się od wywołanych zrostów wracała do dawnego wadliwego położenia.

Przypuszczając, że mamy do czynienia z macicą w tył pochyloną, zgiętą, lub wypadłą, przecinamy ścianę brzuszną w smudze białéj i otwieramy jamę otrzewnéj cięciem jak najkrótszem, przepuszczającém zaledwie 3—4 palce, a nie dochodzącem na 1—2 ctm. do spojenia łonowego. Pęcherz powinien być opróżniony przed samą operacyją, aby nie zawadzał przy manipulacyjach następnych. Ująwszy macicę w palce głęboko wpuszczone do jamy miednicy małéj, podnosimy ją i wyciągamy aż do rany w ścianie brzusznéj, poczem badamy stan jajników i jajowodów, które w razie wskazania (guzy, torbiele, gruźlica itd.) obcinamy, ze szypuł jednak po obcięciu powstałych nie korzystamy. Od każdego rogu macicy widać odchodzącą fałdkę otrzewnéj, wzgl. więzu szerokiego z zawartym w niéj więzem obłym; podczas gdy pomocnik utrzymuje macicę w ranie, ujmujemy między wskaziciel i paluch wiąz obły i cięciem długości 1 ctm., poprowadzonem w kierunku długości więzu, a odstąpiwszy na 1—$1^1/_2$ ctm. od rogu macicy, przecinamy powłokę surowiczą więzu *(boutonnière)*, i zaraz przez tę szparę podłożywszy zgłębnik wyciągamy palcami wiąz, pociągając koniec obwodowy i bacząc na to, aby przy ciągnięciu trzymać w palcach cały pęczek, aby nie opuszczać jego włókienek i przez to nie osłabiać całości pęczka. To oddzielenie i wyciągnięcie więzu z pod otrzewnéj jest tak łatwe, że potrzebuje zaledwie kilku minut, zatem rzecz się ma tu zupełnie inaczéj niż przy operacyi Alexandra. Wyciągnąwszy więzu 6—8 ctm. przewiązujemy go, i dośrodkowo od podwiązki przecinamy; wnet obwodowy koniec z podwiązką nałożoną dla zapobieżenia sączeniu się krwi cofa się i chowa pod otrzewną, centralny zaś koniec ujmujemy tymczasowo w kleszczyki hemostatyczne, żeby nam nie uciekł. To samo robimy z drugim więzem obłym. Mając je oba oswobodzone zamkniętą pincetą przebijamy rozścięgno brzuszne oraz mięsień prosty brzucha i otrzewną w odległości o 1—2 ctm. od brzegu rany, i tyleż ponad górnym brzegiem spojenia łonowego, ujmujemy między otwarte ramiona pincety odpowiedni koniec więzu i przez ścianę brzuszną (bez skóry) przewlóczymy, poczem aby się ten koniec nie wyślizgnął, chwytamy go kleszczykami hemostatycznemi. Tak samo postępuje się z drugiéj strony. Teraz za przykładem Saengera zlekka zeskrobujemy otrzewną na przedniéj powierzchni macicy, ażeby łatwiéj przyszło do skutku sklejenie z przednią ścianą brzucha, poczem przyszywamy macicę trzema szwami jedwabnemi (skóra, rozścięgno, mięsień, otrzewna z jednéj strony + macica + otrzewna mięsień, rozścięgno i skóra z drugiéj strony rany). Szwy te mają na celu najprzód zapewnić położenie nowe macicy na czas 7—10 dni, póki nie nastąpi mocne wrośnięcie przeszczepionych więzów, powtóre zamknąć szparę między macicą i ścianą brzuszną, aby zapobiedz możliwemu wejściu jelit i uwięźnięciu kiszki. Najwyższy szew przeprowadzam w linii macicznych końców

więzów obłych. Mając teraz wszystkie szwy przeprowadzone, upewniamy się poraz ostatni, że pętlice jelit i sieć nie wśliznęły się przed macicą, i zaraz zawiązujemy na supeł oba przewleczone przez ścianę brzuszną (skórę wyjąwszy) więzy obłe, ściągając je jak najmocniéj; zbywające końce po zawiązaniu supła zawiązujemy dla pewności jedwabiem i same koniuszki nadmiażdżone od ujmowania kleszczykami obcinamy. Teraz zawiązujemy trzy szwy przechodzące przez macicę i całą grubość ściany brzusznéj, pełnią one rolę zarazem szwów głębokich, zamykających jamę brzuszną; powierzchownemi szwami na ranę brzuszną kończymy operacyję. Na brzuch idzie lekki opatrunek i obcisła, najlepiéj elastyczna opaska.

Chora powinna spokojnie leżeć od 10—14 dni, poczem zdejmuje się szwy zarówno powierzchowne jak i głębokie, przechodzące przez macicę, poczem ta ostatnia pozostaje już nadal na łasce wywołanych sklejeń i przesadzonych więzów obłych.

Powyższą operacyję wykonałem w trzech przypadkach zupełnego wypadnięcia macicy, opis szczegółowy podam na innem miejscu, tu tylko nadmienię, iż przebieg we wszystkich tych był idealny.

Operacyja sama jest nadzwyczaj prostą i łatwą, chyba że wypadnięta, lub tyło-pochylona macica umocowaną jest w dole Douglasa zrostami, gdy zmienione jajniki i jajowody poprzyrastałe są do macicy i do więzów szerokich błonami wąckowemi, słowem gdy sam akt oswobodzenia macicy i zbliżenia do rany jest trudny. Należy tu sobie radzić wedle prawideł powszechnie przyjętych w ginekologii, pokonywając trudności, które wybornie Hegar i Kaltenbach opisali w swoim klasycznym podręczniku w rozdziale o kastracyi. Nie obędzie się tu bez użycia znaczniejszéj siły, bez pęknięcia małych torbieli w jajniku, bez wynaczynień w macicy potężnie trzymanéj i pociąganéj palcami; mimo to wszystko przebieg był w jednym podobnym przypadku najzupełniéj pomyślny. Jeżeli macica jest swobodną, operacyja przebiega gładko i jak zegarek.

U pierwszéj choréj wypuszczano mocz cewnikiem w pierwszych dniach po operacyi; rychło się przekonałem, że to zbyteczne, dwie inne chore od pierwszego dnia oddawały mocz same bez najmniejszéj trudności, lub boleści. Z téj strony operacyja, wbrew przewidywaniom teoretycznym, zupełnie wolną jest od niemiłych następstw.

Zaledwie potrzebuję dodawać, że przy zachowaniu zwykłych ostrożności aseptyki nie bywa ropienia i wychodzenia podwiązek, ani tem mniéj ropienia około supła więzów, znajdującego się pod skórą. Warunkiem pierwszéj doniosłości jest zagojenie się rany bez ropienia.

Za daleko zaprowadziłoby mnie roztrząsanie wskazań do téj operacyi. Tu tylko napomknę, że przekonawszy się, iż u biednych kobiet leczenie wiankami jest niemożliwem dla niedbalstwa i nieochędóstwa, iż rozmaite rodzaje kolporafii nie zawsze osiągają zamierzony cel przy wypadnięciu, postanowiłem uciec się i przy wypadnięciu całkowitem macicy do t. z. *ventrofixatio, v. hysteropexis.* Za potrzebne warunki do téj operacyi przy wypadnięciu uważam: 1) żeby kobieta była wogóle zdrową (nerki, serce, płuca); 2) żeby była albo bliską, albo po *climacterium*, ale wogóle pełną jeszcze sił, a potrzebującą pracować. Wypadnięcie macicy, przynajmniéj u nas, stanowi kalectwo nadzwyczaj rozpowszechnione u prostéj klasy kobiet, które dostarczają niemały kontyngens szpitalom, tworząc w nich niemiły i nieciekawy balast. Wstrętne to cierpienie, uważane przez chore za nieuleczalne, stanowi ogromną przeszkodę w pracy i zarobkowaniu, pozostawione samo sobie prowadzi do wyniszczenia i śmierci przez zmiany i zaburzenia w czynności pęcherza i nerek. Jeżeli wycięcie macicy i pochwy znalazło swoje usprawiedliwienie w przypadkach zrozpaczonych, tem bardziéj w przypadkach odpowiednich wydaje mi się wskazanem usiłowanie, mające na celu uleczenie na innéj drodze.

II. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał

Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Pragnąc uniknąć niebezpieczeństwa grożącego od rogówki, prowadził A. Pagenstecher cięcie płatowe jeszcze bardziéj obwodowo niż Jacobsohn, tak, iż ono w całéj swojéj rozciągłości w twardówce, około 1 milim od przeźroczystéj rogówki przebiegało, celem zaś usunięcia zarazem niebezpieczeństw, pochodzących od pozostałych w oku strzępków rozciętéj torebki przodkowéj i szczątków saméj zaćmy, uciekł się on równocześnie do wydobywania zaćmy razem z całą nienadwerężoną torebką, które już przed nim Janin, Henkel, Richter (1773), a późniéj Mohrenheim i Beer (1799) wykonywali, choć je dopiero Christiaen (1845) jako zwykły sposób operowania wprowadzić usiłował. Postępowanie Pagenstechera nie zdołało się rozpowszechnić, a autor sam widział się późniéj zniewolonym ograniczyć jego wskazania do szczegółowych, niezbyt licznych przypadków. Łatwo to się tłomaczy, uwzględniając, że najczęściéj wyciągać trzeba zaćmę za pomocą łyżeczki, że w więcéj niż w połowie wszystkich przypadków wydarza się upływ ciałka szklanego, nie mówiąc już o tem, że torebka, zwłaszcza jeżeli nie jest zaćmiona, pęka przy tym zabiegu dość często, poczem oczyszczenie źrenicy staje się niemożliwem. Przyznając, że wydobycie soczewki razem z całą nienadwerężoną torebką jest niejako ideałem operacyi zaćmy, zgodzić się przecież potrzeba, że w obecnéj swojéj postaci, zastósowane do zwykłych przypadków, połączone ono jest z bardzo ciężkim urazem i naraża oko na zbyt wielkie niebezpieczeństwa Steffan (*Archiv für Ophth.* XXIX, 2) nie waha się nazwać go *„ein jeder Kunst entbehrendes rohes Verfahren, auf welches mit einer reinen Heilung zu antworten, die gütige Mutter Natur recht häufig nicht in der Lage ist!“* Obecnie znajduje ono umyślne lub niezamierzone zastósowanie tylko w przypadkach zaćmy przejrzałéj, już zmniejszonéj z zaćmieniem i zgrubieniem torebki, w zaćmach Morgagniego i zaćmach następowych po przebytem zapaleniu tęczówki i naczyniówki.

Angielscy okuliści Bowman i Critchett robili tymczasem dalsze doświadczenia ze sposobem zaleconym przez Schufta. Critchett mianowicie udoskonalił go bardzo znacznie powiększając cięcie, zadawane nożykiem grotowym, aż do $^1/_3$ obwodu rogówkowego i przenosząc je na górny brzeg rogówki, wprowadzając ustalanie powiek za pomocą rozwórki Kelley-Snowdena, którą zaopatrzył w szrubkę zastawną i podając ulepszoną łyżeczkę. Tak zmienioną operacyję przedstawił Critchett na zjeździe w Heidelbergu w roku 1864 razem z wynikami przewyższającemi tak wyniki dawnego wydobycia płatowego, jako też sposobu Schufta.

Te usiłowania okulistów angielskich zachęciły Graefego do nowych doświadczeń z cięciem linijowem. Upatrując w płatowéj postaci ranki przeszkodę w jéj gojeniu się doraźnem,

powziął on przekonanie, że im łatwiéj rana rogówkowa się rozwiera, tem łatwiejszego i dokładniejszego wystąpienia soczewki oczekiwać możemy, ale tem większem jest przy złym popędzie do gojenia niebezpieczeństwo ropienia rogówki. W tem przekonaniu utwierdziły go tak własne pomyślne doświadczenia z wydobywaniem zaćm miękkich za pomocą cięcia linijowego, jak wyniki okulistów angielskich i skłoniły go do ponownych studyjów nad cięciem linijowem. Wynikiem ich było wystąpienie już w r. 1865 na zjeździe w Heidelbergu z nowym sposobem operowania, który on późniéj zmodyfikowanem wydobyciem linijowem obwodowem nazwał (*Die modifizirte periphere Linearextraction*), a który powszechnie znany jest pod krótką nazwą „sposobu Graefego."

Graefe określił przedewszystkiem „cięcie linijowe jako „takie, którego brzegi pozostawione samym sobie, stulają się „z sobą względnie jak najściśléj. Jeżeli rogówkę wyobrazimy „sobie jako odcinek kuli, to warunkowi temu staje się wtedy „zadość, gdy przewód rany przebiega w płaszczyźnie największego koła, gdy zatem kierunek cięcia zgadza się zupełnie z tem największem kołem, które łączy oba kąty „rany." Ale tak pojęte cięcie linijowe, dostatecznie długie, żeby przez nie i twarda zaćma schyłkowa łatwo wystąpić mogła, nie da się poprowadzić w rogówce, Graefe widział się więc przedewszystkiem zmuszonym przenieść je w brzeg twardówkowy. Zarazem poznał on, że takiego cięcia niepodobna uskutecznić ani nożykiem Beera (z powodu jego szerokości i postaci klinowéj), ani nożykiem grotowym, którego aż do owego czasu w podobnym celu używano. Chcąc bowiem taką rankę zadać, potrzeba, żeby płaszczyzna noża wpadała podczas cięcia w płaszczyznę największego koła, przyczem koniec noża grotowego skierowanyby być musiał koniecznie ku środkowi idealnéj kuli, czyli krzywizny rogówkowéj. Gdy idzie o utworzenie tylko małéj ranki w środkowéj części rogówki, da się to jeszcze nożykiem grotowym uskutecznić, ale jeżeli cięcie ma być dłuższe, a do tego jeszcze na brzegu rogówki lub zgoła już w twardówce poprowadzone, to niepodobna wykonać go nożykiem grotowym, bo jego koniec spotkaćby się musiał koniecznie z soczewką. To też t. zw. cięcie linijowe, które aż do owego czasu celem wykonania irydektomii dobrzeżnéj lub wydobycia zaćmy miękkiéj uskuteczniano, nie są cięciami linijowemi, lecz łukowatemi, a wysokość płata, który tworzą, t. j. odległość środka cięcia od środka największego koła, łączącego oba kąty ranki, rośnie z jéj długością. Im zaś mniejsza wysokość płata, tem lepiéj zamyka się ranka, tem mniejszą ma skłonność do rozdziawiania się. Pragnąc wykonać cięcie ile możności ściśle linijowe, a dostatecznie długie, żeby przez nie i największa zaćma z twardem jądrem swobodnie, bez ugniecenia brzegów ranki i bez oderwania się okruchów, wystąpić mogła, zarzucił Graefe nożyk grotowy, a uciekł się do nożyka pod jego nazwiskiem, dziś powszechnie znanego i używanego, 2 mm. szerokiego, a około 35 mm. długiego. Taki nożyk, trzymany ostrzem do góry, wbija się według pierwotnego przepisu Graefego w twardówkę, w odległości 1 mm. od skroniowego brzegu rogówki, a 1·5 mm. poniżéj linii stycznéj do najwyższego punktu obwodu rogówkowego, a przeprowadziwszy go przez komórkę przodkową i wykłówszy koniec jego po drugiéj stronie rogówki symetrycznie do wkłócia, zwraca się ostrze mocno ku przodowi (o 45°) tak, żeby płaszczyzna brzeszczota wpadła w płaszczyznę największego koła rogówki, poczem kończy się cięcie parą pociągnięć piłowych. W ten sposób postępując otrzymuje się rankę położoną w brzegu twardówkowym z otworem zewnętrznym na 9·8 do 10·35 mm. długą, przy tem wycina się płat spojówkowy 3 do 4 mm. szeroki. Ranka taka przenika ścianę gałki ocznéj niemal prostopadle, a jeżeli nie jest ściśle linijową, to przecież wysokość płata wynosi zaledwie 0·5 mm. Ranka zadana nożykiem grotowym przenika ścianę gałki ocznéj mniej lub więcéj skośnie, a wysokość płata wynosi, np. przy długości ranki równéj $^1/_3$ obwodu rogówkowego (jak w powyżéj wspomnianéj metodzie angielskiéj) już przeszło 2 mm, podczas gdy w dawnem cięciu płatowem wynosiła 4·5 do 5 mm. Po wycięciu tęczówki i rozdarciu torebki Graefe wyciągał pierwotnie w pewnych przypadkach zaćmę haczykiem tępym, w innych wypierał ją z oka uciskając twardówkowy brzeg ranki łyżeczką i ślizgając się nią wzdłuż niego (*Schlittenmanöver*).

Nowy sposób operowania, poparty powagą mistrza i pomyślnemi wynikami, jakie Graefe już na zjeździe okulistów w Heidelbergu w roku 1865 i w *Arch. f. Ophthalm.* 3 w tym samym, a następnie w r. 1866 (*Arch. f. Ophthalm.* XII, 1) ogłosił, zjednał sobie od razu licznych zwolenników i naśladowców. Zawdzięczał on to powodzenie niezaprzeczonym swoim zaletom w porównaniu z dawniejszemi sposobami operowania. Jedna z nich polegała na ułatwieniu wystąpienia zaćmy w porównaniu z metodą angielską, a to skutkiem tego, iż przenosząc rankę w brzeg twardówkowy, można ją było przedłużyć. Z drugiéj strony postać linijowa ranki zapewniała ściślejsze stykanie się jéj brzegów, a tem samem zapobiegała niebezpieczeństwom, wynikającym ze zbyt łatwego rozdziawiania się dawnéj ranki płatowéj. Ale z ostatnią zaletą łączyła się znów ta niekorzyść, że ucisk śródoczny, działający jako naturalna siła popędowa, przyczyniał się zbyt mało do wyparcia zaćmy z oka. W następstwie tego udawało się tylko w jednéj trzeciéj części wszystkich przypadków wyprzeć zaćmę z oka przez ucisk zewnętrzny i to tak silny, że narażał na zbytnie ugniecenie brzegów ranki, tudzież na niebezpieczeństwo upływu ciałka szklanego. Gorzej, że w dwóch trzecich częściach wszystkich operacyj ucisk zewnętrzny wcale nie wystarczał, a zaćmę wyciągać trzeba było haczykiem tępym lub łyżeczką, do czego tylko w ostateczności uciekać się należy ze względu na powiększenie urazu operacyjnego, uznane powszechnie za bardzo niebezpieczne. To też już w roku 1867 (*Archiv f. Ophth.* XIII, 2.) widział się Graefe zniewolonym przyznać potrzebę powiększenia cięcia, przynajmniéj w przypadkach dużéj, twardéj zaćmy, na 11 mm. i prowadzenia go mniéj prostopadle przez ścianę gałki ocznéj tak, iżby ono z płaszczyzną największego koła kąt około 20° wynoszący, a tem samem płat 0·7 do 1 mm. wysoki tworzyło. Do tej zmiany w prowadzeniu cięcia przyczynił się znacznie Adolf Weber, udowodniwszy (*ibid.* XIII, 1), że cięcie obwodowe téj saméj długości, przenikające ścianę gałki ocznéj nieco skośnie, czyni wystąpienie soczewki łatwiejszem i swobodniejszem, a to mimo, że ma mniejszą skłonność do rozdziawiania się, aniżeli cięcie w myśl pierwotnego przepisu Graefego ściśle linijowe, ścianę gałki ocznéj prostopadle przenikające. Razem z tą zmianą cięcia zarzucił Graefe ślizganie się łyżeczką wzdłuż ranki i używanie narzędzi wyciągających (do których się tylko w ostateczności uciekał), a zalecił wypieranie zaćmy w ten sposób, że wywierając szczypczykami ustalającemi pewien ucisk na oko, ugniata się równocześnie dolny brzeg rogówki łyżeczką kauczukową celem nastawienia się górnego brzegu soczewki w rankę, a następnie sunie się nią z pewnym uciskiem po

rogówce w górę, by zaćmę do wystąpienia z oka zmusić (*Sturzmanöver*). (C. d. n.)

III. Z oddziału prymaryjusza Dra Stanisława Paszkowskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O podskórnem użyciu antipyriny.

Podał
Dr. Jan Bednarski,
sekundaryjnsz tegoż oddziału.

Dażenie terapii szczegółowej, aby przedewszystkiem zadosyć uczynić wskazaniom przeciw istocie choroby saméj (*indicatio morbi*), w ostatnich dziesiątkach lat mimo ogromnéj pracy na tem polu i mimo zalecanych licznych leków niby swoistych przeciw różnym tym chorobom, nie osiągnęło niestety dotychczas upragnionego rezultatu. Dlatego też leczenie t. z. symptomatyczne jak poprzód, tak obecnie, a sądzę i w przyszłości jeszcze przez długi czas będzie ważną odgrywać rolę. Mało bowiem posiadamy środków swoistych, które usuwając z ustroju przyczynę wywołującą chorobę, uwalniają go także od przykrych dolegliwości jéj towarzyszących. Jednym z najprzykrzejszych i najdolegliwszych symptomatów chorobowych jest bez zaprzeczenia ból, przeciw któremu nieraz skierowaną jest najpierw nasze działanie. Ku temu celowi posiadamy wielką ilość środków różnéj wartości, z których na samem czele postawić musimy morfinę, działającą najpewniéj i najszybciéj. Najlepszym dowodem jéj wartości jest nadzwyczajna popularność, jaką się cieszy. Jednakowoż obok stron dodatnich ma ona także wiele stron ujemnych.

Szkodliwy wpływ, jaki wywiera na ustrój przy dłuższem użyciu, uboczne, nieprzyjemne, a nawet groźne nieraz przypady przez nią wywoływane, liczne przeciwwskazania do jéj użycia są powodem, iż ten zresztą tak dzielny lek sto uje się i stosować powinno tylko w ostateczności i zawsze z ostrożnością, szczególniéj w formie wstrzykiwań. Obok morfiny mamy szereg innych środków, które jednak pod względem pewności i szybkości działania daleko po za nią pozostają. Z nowszych zasługuje jeden szczególniéj na baczniejszą uwagę, który w krótkim czasie uzyskał powszechne uznanie. Środkiem tym jest antipyryna. Jak nazwa sama wskazuje, należy antipyryna do grupy środków przeciwgorączkowych; posiada ona jednak jeszcze inne, daleko ważniejsze własności, a mianowicie uśmierzania bólów, z powodu któréj to własności proponowano, aby ją przezwać „analgesiną [1]). Antipyryna podana wewnętrznie w pewnych cierpieniach usuwa bóle; daleko jednak wybitniéj występuje ta jéj własność, gdy jest użytą podskórnie, jak na to pierwszy zwrócił uwagę Germain S e é.

Robiąc wstrzykiwania blisko od 2 lat na oddziale prym. Dra Paszkowskiego, chciałbym w kilku słowach nadmienić o wynikach, jakie otrzymałem i o sposobie, jakim się posługiwałem.

Ciekawsze przypadki podaję w krótkości.

I. Antipyrynę podskórnie stosowałem najpierw u S. K. l. 43 liczącego murarza z Krzeszowic. Chory ten przebywał na oddziale od 13 października 1887 do 7 marca 1888, a zatem blisko przez 5 miesięcy z rozpoznaniem *Stenosis pylori post ulcus rotundum.* Nadto stwierdzono u niego rozedmę płuc, kontraktury odnóg górnych z zanikiem mięśni. To ostatnie cierpienie odnosi do przypadku, jaki miał go spotkać przed 20 laty. Kiedy był zajęty przy robocie, spadł kamień około 6 cetn. ważący z rusztowania kilka metrów wysokiego tak blisko niego, iż mu fajkę z ust wytrącił, jego jednak nie nadweręźywszy. Skończyło się tylko na tem, iż na 2 godziny stracił przytomność, poczem oddawał się zwykłym zajęciom. Po dwóch tygodniach jednak zauważył, iż nie może rąk w stawach łokciowych wyprostować, przyczem żadnych bólów nie miał doznawać. Chory opowiada nadto, iż dwa razy spadł na głowę z rusztowania dosyć wysokiego do piwnicy i doznał silnego skaleczenia, po którem pozostały blizny i zagłębienie w kości ciemieniowéj prawéj. Po trzykroć także doznał złamania podudzia lewego, zawsze w tem samem miejscu. U chorego tego stwierdzono w narządzie krążenia nadto ogólną miażdżycę tętnic obwodowych i tętno, wynoszące zaledwie 52 uderzeń na minutę. Do szpitala zgłosił się jedynie z powodu przypadków żołądkowych, a mianowicie wymiotów, a w szczególności dla bólów w okolicy żołądka, których już od siedmiu lat miał doznawać. Bóle te występowały u chorego z początku nieregularnie, częściéj po jedzeniu, niż na czczo, trwały od kilku minut do kilku godzin. Po wymiotach zwykle występowała ulga, dlatego też nieraz sam sobie takowe wywoływał, drażniąc połyk palcami. W czasie pobytu chorego w szpitalu obok leczenia głównego stosowano środki odurzające dla złagodzenia mu cierpień. Po niejakim czasie ustąpiły zupełnie wymioty, wzmogły się jednak bóle, które przybrały charakter typowy, gdyż występowały zawsze o téj saméj porze, t. j. w trzy godziny po obiedzie, utrzymując się przez 6—8 godzin. Chory skulony w położeniu bocznem, okryty potem kroplistym, starał się złagodzić swe cierpienie przez wywieranie ucisku na okolicę żołądka, do czego używał poduszki lub kołdry złożonéj w kilkoro. Chcąc ulżyć choremu, przychodziłem o téj saméj porze w celu zastrzyknięcia morfiny. Taki stan trwał blisko trzy miesiące. Dawka morfiny z początku 0·01 grm. wynosząca musiała być zwiększoną do 0·03 gram. Równocześnie próbowano także rozlicznych środków podawanych wewnętrznie, lecz bez skutku. Wtenczas postanowiłem zastosować podskórnie antipyrynę, nie pokładając wielkich nadziei w tym środku. Wynik jednak był nadspodziewany, jak to następująca notatka uwidocznia:

Dnia 30 stycznia 1888 o godz. $3\,^1/_4$ po południu wstrzyknięto $^1/_2$ grm. antipyryny. Ból ustąpił w t r z y k w a d r a n s e po zastrzyknięciu, poczem wystąpiły poty i uczucie gorąca w całem ciele.

31 stycznia bóle pojawiły się o tym samym czasie, jednakowóż daleko słabsze. II. Injekcyja $^1/_2$ grm. antipyryny.

1-go lutego. Chory nie ma bólów, czuje się zupełnie swobodnym.

2/2. Bóle wystąpiły o godzinę późniéj niż zwykle, jednak bardzo małe, trwające niespełna 4 godziny.

3/2. Bóle nieznaczne.

4/2. Bóle się wzmogły. III. Injekcyja. Bóle ustąpiły w $1\,^1/_2$ g o d z i n y aby już wcale nie wrócić.

Chory pozostawał jeszcze przeszło miesiąc na oddziale dla obserwacyi. Wśród tego czasu czuł się zupełnie swobodnym, odzyskał apetyt i siły, a odżywienie znacznie się poprawiło. Nareszcie 7 marca 1888 opuścił szpital wyleczony. Chory ten dostał zaledwie 3 injekcyje antipyryny = $1\,^1/_2$ grama. Jakkolwiek używał soli karlsbadzkiéj i stan żołądka zwolna się poprawiał (wymioty przed użyciem antipyryny ustały były), to przecież niepodobna przypuścić, żeby leczenie główne wpłynęło na ustanie t y c h b ó l ó w w okolicy żołądka, co jedynie działaniu antipyryny przypisać trzeba.

II. W następującym przypadku u Apol. W. wdowy l. 32 liczącéj, będącéj na oddziale z rozpoznaniem *Irritatio spinalis*, skuteczność antipyryny jako *antinervinum*, jako téż wpływ jéj na samą sprawę chorobową okazał się w całéj pełni. U choréj téj występowały bóle w zakresie wszystkich nerwów, wychodzących z rdzenia pacierzowego, wskutek czego chora leżała bezwładna, doznając wiekich cierpień i spędzając n cy bezsenne. Cały szereg środków znanych stosowano już to miejscowo, już też *per os* z ujemnym skutkiem. Jedynie prąd stały sprawiał ulgę. Antipyryny podawanéj wewnętrznie chora nie znosiła. Po injekcyjach morfiny doznawała jeszcze większego rozdrażnienia. Antipyryna stosowana podskórnie usunęła zwolna bóle i wróciła choréj sen i władzę w nogach i rękach, o ile takowa z powodu bólów nerwowych była upośledzoną. Wstrzykiwań chora w różnych odstępach czasu w różne okolice ciała dostała przeszło

[1]) Sarda: *De l'antipyrine et de l'antanilide comme medicaments nervins* (*Bull. gen. de Ther.* LVII 20, 1888).

15. Chora tak wielką przywiązywała wagę do tego środka, iż w razie występującego pogorszenia choroby, sama prosiła o zastrzyknięcie. Ubocznych przypadłości po antipyrynie nie doznawała. Raz tylko pojawiły się wymioty bezpośrednio po injekcyi, chora jednak przedtem już miała nudności, prawdopodobnie po zażyciu leku przeczyszczającego tak, że takowych na karb antipyryny kłaść nie można, wobec tego zwłaszcza, iż wymioty nigdy więcéj po injekcyi się nie powtórzyły. Chora opuściła szpital zupełnie wyleczona ze swéj choroby. Nawiasem wspomnieć wypada, iż obok injekcyi zażywała także w małych ilościach chininę i żelazo, a to z powodu obrzęku chronicznego śledziony i niedokrwistości.

III. Nerwoból kulszowy. a) U Jana K. zastosowano tylko raz injekcyję, po któréj na 13 dni ból ustąpił; po 13 dniach odnowił się, lecz bardzo nieznaczny; injekcyi daléj nie stosowano, lecz środki odciągające, mianowicie gorczyczniki i nalewkę jodową, po których nastąpiło zupełne wyleczenie chorego.

b) U Edwarda S., ekonoma, w nerwobólu kulszowym po stronie lewéj przyrody urazowéj stosowano 5 razy injekcyje dla usunięcia bólu. W tym przypadku zauważano poty i chrypkę po każdorazowem zastrzyknięciu, z tego powodu injekcyj nie robiono więcéj; zresztą ból był już tak słaby, że nie było potrzeba przeciwko niemu działać. Po 2-miesięcznym pobycie w szpitalu wyszedł zdrów.

Największą ilość wstrzykiwań otrzymała Franciszka H., l. 20 licząca, szwaczka z Krakowa. Chora ta przybyła na oddział 19 października 1888 z bólem w krzyżach i wzdłuż nerwu kulszowego lewego, który mimo leczenia trwał już od 3 tygodni z jednakowem nasileniem. Cierpienie to dokuczało bardzo choréj, nie mogła ani spać, ani jeść. Po trzech injekcyjach antipyryny doznała tak znacznej ulgi, iż mimo odradzania wypisała się ze szpitala dnia 30 października 1888. Nadmienić tu muszę, iż z początku zażywała chora jodek potasu wewnętrznie, a zewnętrznie stosowano gorczyczniki i bańki suche wzdłuż nerwu. Nadto pod wieczór dostawała z początku proszek morfinowy, a gdy ten nie sprawiał pożądanego skutku, injekcyję morfiny. Antipyrynę zastosowano dopiero 23, 26 i 29 października, zatem w ostatnich dniach pobytu choréj w szpitalu. Po dwóch tygodniach wraca chora do szpitala z tem samem cierpieniem, prosząc o ten sam lek, gdyż jéj zdaniem najlepiéj jéj robił, a przeciwnie inne środki, które jéj ordynowano po za szpitalem, były zupełnie nie skuteczne. Drugim razem pobyt choréj na oddziale był dłuższym, gdyż od 14 listopada 1888 do 1 stycznia 1889, w którym to dniu opuściła szpital wyleczona. W tym czasie chora dostała 32 injekcyje antipyryny, po których ulga występowała w kilka minut i trwała blisko całą dobę. Ból zmniejszał się z czasem, aż w końcu zupełnie ustąpił. Obok tego kilka razy zastrzyknięto choréj morfinę bez jéj wiedzy dla porównania obu tych środków. Skutek był prawie jednakowy, a nawet po antipyrynie, zdaniem choréj, lepszy, gdyż ból wracał późniéj i mniéj nasilony, a sen w obu przypadkach był jednakowym. Wśród injekcyj w tym przypadku wystąpił ból w uchu prawem' utrzymujący się przez tydzień blisko, a rozpromieniający się na całą prawą połowę twarzy. Badanie wykazało lekkie zaczerwienienie małżowiny usznéj i dwa małe ropnie: jeden na małżowinie usznéj po stronie wewnętrznéj, drugi w kanale słuchowym zewnętrznym.

Jakkolwiek podobny przypadek opisuje Brandenberger[1]), w którym po zażyciu 1 grm. w 5 minut wystąpił ból połowiczy w twarzy (ból zębów, ucha i zwiększenie wydzielin z oczu i nosa), to mimo to mojem zdaniem komplikacyję tę w naszym przypadku uważać należy jako rzecz przypadku, niezależną od użycia antipyryny, gdyż po zagojeniu się ropniów wspomnianych, mimo stosowania dalszego antipyryny, więcéj się już to powikłanie nie wracało.

Obok tych stosowano jeszcze w 3 innych przypadkach rwy kulszowéj injekcyje antipyryny z pomyślnym wynikiem.

IV. Również skuteczną okazała się antipyryna, użyta podskórnie w 3 przypadkach w zapaleniu rdzenia pacierzowego przeciw bólom, które występowały w krzyżach i w kończynach dolnych. W tych trzech przypadkach naprzemian robiono wstrzykiwania morfiny, z czego okazało się, iż podczas gdy injekcyje morfiny trzeba było codziennie powtarzać, to natomiast jednorazowe zastrzyknięcie antipyryny usuwało bóle na 2—4 dni.

[1]) *Corr. Bl. f. schweiz. Aerzte* 1888.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVII.

Śmierć z powieszenia. Morderstwo czy samobójstwo.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

Dnia 25 kwietnia o godzinie 5 rano znaleziono Fedię Dr. bez życia powieszoną, a oglądacz zwłok podał, że na ciele znalazł liczne sińce. Zmarła wisiała w ciemnym przedsionku chaty swéj na drabinie, prowadzącéj z podłogi sieni do strycha; powróz był zaciągnięty ponad gardło tkwiący w powale, pętla znajdowała się z tyłu, twarz zwrócona była ku ścianie; powróz przylegał do szyi pod chustką, którą zmarła miała na głowie; na podłodze chaty porozrzucane były rozsypane paciorki; w piecu popiół był rozrzucony, a glina od pieca w jednem miejscu odbita. Żandarmeryja podaje, że nieboszczka żyła w niezgodzie z mężem swoim Iwanem Dr., że tenże jeszcze dnia 24 kwietnia pobił ją, tak, że przed świadkiem, żebrakiem Sk. wieczorem tego dnia żaliła się i prosiła go, aby u niéj został, bo się boi męża, który ją bije i odgrażał się, przed odejściem zaś dusił ją silnie za gardło, lecz ona się wyprosiła i dlatego jéj nie zadusił; wskutek tego dławienia cierpiała ból i rzepy jeść nie mogła. Sprawdzono, że Iwan Dr. noc z d. 24 na 25 kwietnia przepędził u sąsiada, podając, że żona zamknęła się i nie puszcza go do mieszkania; nie spał jednak, tłumacząc niepokój swój przeczuciem, że w domu coś niedobrego się stanie. Nad ranem dopiero powrócił do domu, wlazł przez okno i zastał żonę powieszoną. Iwan Dr. liczy lat 28, ożenił się przed 8 laty, przez 3 lata żył szczęśliwie z żoną, późniéj ostatnia, jak podaje, oddawała się pijaństwu, ztąd wszczęły się między małżonkami kłótnie i bitki; przez cały dzień 24 kwietnia miała pić w karczmie, wieczorem wróciła do domu i jego wypędziła. Powróciwszy nad ranem do domu zastał w izbie nieporządek, popiół z pieca wygarnięty, glinę odbitą. Sprawdzono następnie, że Iwan Dr. miał stosunek miłosny z Maryją M., oraz że prosił kilku sąsiadów o radę i pomoc, wyrażając obawę, że lekarze oświadczą, iż żona jego wprzód została pobitą, a potem powieszoną; bał się zaś, jak się tłómaczył, dlatego, że ją rzeczywiście pobił w wiliję śmierci.

Gdy więc zachodziło podejrzenie, że Fedia umarła śmiercią gwałtowną, wytoczono śledztwo przeciw Iwanowi Dr. i polecenie wykonanie sekcyi sądowéj na zwłokach Fedi. Sekcyja uskuteczniona dnia 3 maja przez Dra A. i chirurga B. wykazała co następuje:

A. Oględziny zewnętrzne. 1) Zwłoki kobiety młodéj miernie odżywionéj, na brzuchu i po obu stronach tułowia zielonemi, na plecach brunatnemi plamami pokryte. 2) Włosy na głowie długie, gęste i czarne, oczy przymknięte, źrenice ich zamglone, koniec języka między zębami ściśnięty, barwy ciemnéj. 3) Na prawéj skroni jedno, na czole po prawéj stronie dwa, na prawéj połowie twarzy dwa i przed prawem uchem jedno zdarcie naskórka mniéj lub więcéj wielkości dużego ziarna bobu, pergaminowo zaschłe, pod nacięciem suche; prócz tego jeszcze cokolwiek większe starcie skóry brunatnego zabarwienia powyżéj prawéj łopatki. 4) Szyja prawidłowéj grubości i długości, giętka, na jéj skórze pod krtanią, a właściwie pod grdycą bruzda poprzeczna brunatnego zabarwienia do 6″ szeroka, pergaminowo przyschła, do 3″ głęboka, która przebiega po obu stronach szyi coraz więcéj ku górze idąca i ginie prawie raptem poza muszlami usznemi, bruzda ta miejscami jest starta ze skóry, pod nacięciem w całéj swéj długości jest sucha i nie okazuje nigdzie krwi. Innych oznak gwałtu na skórze nie spostrzega się.

B. Oględziny wewnętrzne. 5) Ogłowie na swéj wewnętrznéj powierzchni, mianowicie na wierzchołku głowy, znacznie przekrwione. Czaszka gruba, zbita nigdzie nie przeźroczysta, zatoka sierpowata obfita w krew płynną czarną. Opony mózgowe przekrwione, istota mózgu szara i rdzenna surowicą przesiąknięta i miękka, w obu komórkach bocznych cokolwiek cieczy brunatnéj, na podstawie mózgu ze dwie

łyżek krwi czarnéj płynnéj. 6) Błona śluzowa krtani i tchawicy śluzem szumowatym pokryta, oba płuca obfitujące w krew, w dolnych płatach obrzękłe, mianowice prawe, lewe płuco wolne, prawe ku tyłowi przyrośnięte; serce ściągnięte, komory jego próżne, w naczyniach wielkich krwionośnych znachodzi się obficie krew płynna czarna, także na podstawie klatki piersiowéj znachodzi się obficie ciecz krwista. 7) Wątroba prawidłowéj wielkości jasno-brunatno-zabarwiona, miejscami cokolwiek stłuszczona, jéj pęcherz zawiera cokolwiek płynnéj żółci; śledziona ciemno-brunatno-zabarwiona prawidłowéj wielkości, trzustka przekrwiona, żołądek zawiera z parę łyżek niespożytych kartofli, jelita cienkie zawierają nieco żółtego grubo-ciemnego kału, nerki przekrwione, macica wielkości pięści, pęcherz zawiera cokolwiek moczu.

Orzeczenie. Z powyższego wywodu wynika, że przyczyną śmierci obdukowanéj było zbrzęknienie płuc *(oedema)*, za czem przemawiają oznaki opisane w ustępie 5 i 6 wywodu. Ponieważ jak ustęp 4 wywodu opiewa znaleziono bruzdę poprzeczną na szyi, pochodzącą od założenia powrózka, należałoby przyznać, że zbrzęknięcie płuc było skutkiem założenia na szyi rzeczonego narzędzia duszącego. Wobec tego, że nie znaleziono na całem ciele żadnych oznak zdziałanych w własnéj obronie, że przy nacięciu skóry wzdłuż całéj bruzdy nie znaleziono żadnych zabiegnięć krwi lub jakieś inne oznaki oddziaływania, orzekamy, że przyczyna zbrzęknienia płuc była inna, a ponieważ wiadomo, że obdukowana nie była złożona żadną ciężką chorobą, ani też przewlekłą n. p. rozedmą płuc, że tego dnia chodziła, że krótko przed śmiercią coś spożywała, przypuszczamy, że zbrzęknienie płuc mogło było być spowodowane przez zaduszenie; w jaki sposób, tego bliżéj podać nie umiemy wobec nie znalezienia żadnych oznak obrony, i w obec tego, że powróz ten, na którym obdukowaną znaleziono wiszącą, założony był obcą ręką na nieżyjącéj już. Zatem przemawia umiejscowienie brózdy na szyi poniżéj krtani, jakoteż i brak oznak, któreby się znachodziły na skórze bruzdy powieszonéj za życia.

Starcia skóry wyliczone w protokóle pod Nr. 3 są uszkodzeniami zadanemi po śmierci.

Wskazane nam dwa postronki długości 1 meter 32 centm., drugi 22 centim., grubości 1 centm. i 4 milm. są splecione z nici konopnych, tworzyły prawdopodobnie jeden kawałek, gdyż obydwa mają w końcach guzy i zostały przecięte przy zdejmowaniu z szyi powieszonéj. Grubość tego powrozu odpowiada dokładnie szerokości i głębokości bruzdy znalezionéj na szyi obdukowanéj.

Po przesłuchaniu świadków Prokuratoryja państwa wniosła, aby jeszcze raz przesłuchano pp. obducentów. Wskutek tego wezwania podyktowali oni do protokółu co następuje:

Pozostajemy przy tem, że śmierć u denatki nastąpiła wskutek obrzęknięcia płuc, lecz w jaki sposób to obrzęknięcie spowodowane zostało, po dokładniejszem zbadaniu na dniu dzisiejszym nie możemy bliżéj podać. Odnosząc się do poprzedniego naszego wywodu oględzin z dnia 3-go maja b. r. oświadczamy ponownie, że denatka przed swoją śmiercią była zdrowa, nie cierpiała na żadną chorobę ani płuc ani też serca i że to obrzęknięcie płuc nastąpiło gwałtownie, czy przez śmierć przez powieszenie, zadane przez siebie samą, czy też przez pośredniczenie osoby drugiéj.

W poprzednim wywodzie podnieśliśmy jako najważniejszą okoliczność przemawiającą za pośrednictwem w tym przypadku osoby drugiéj znalezienie brózdy pochodzącéj od narzędzia założonego poniżéj krtani, którato okoliczność należy do bardzo rzadkich wypadków u osób takich, które się same powiesiły. Położenie zatem téj brózdy, jéj przebieg, brak oddziaływania wszelkiego, przemawiałyby za powieszeniem obcą ręką i to po śmierci. Zbadawszy jednakowoż wszelkie okoliczności, miejsce powieszenia, stan w jakim zwłoki wiszące zastano, wszelkie rozmiary wiszącego ciała w stosunku do przestrzeni, przychodzimy do tego przekonania, że z pewnością orzec nie możemy, czy ciało za życia lub po śmierci zostało powieszone, zaś z większą prawdopodobnością podać możemy, że ciało zawieszone zostało przez obcą rękę, aniżeli żeby się denatka sama była powiesiła; za tem przemawiają okoliczności, że powieszenie nastąpiło w nocy w przedsionku ciemnym i że denatka musiałaby była w celu założenia sobie pętli na szyję wyłazić po drabinie, zakładać sobie pętlę i takową tak mocno zacisnąć, żeby się nie zsunęła i następnie zwiesić się całym ciężarem ciała; za pierwszem zaś, to jest, że prawdopodobnie obca ręka była tu czynną, przemawia znalezienie brózdy poniżéj krtani, a następnie zwrócone zwłoki przednią stroną do ściany komory w ten sposób, że głowa nie była pochyloną ku ścianie komórki. Otaczające zaś czyn ten okoliczności, jak ciemnota w przedsionku, drabina i inne utrudniały właśnie czyn samobójstwa. Co zaś do znalezionych oznak pośmiertnych, oględziny odnoszące się do naszego poprzód złożonego protokółu, żeśmy prócz wymienionych w nim oznak zewnętrznych w N. 2, 3, 4 naszego wywodu nie znaleźli żadnych innych, nie wykluczają jednak, że takie mogły były istnieć, jakie oglądacz był spostrzegł i że one późniéj z powodu osadu krwi pośmiertnego usunęły się były.

Uzupełniamy dodatkowo nasze orzeczenie, że denatka mogła była pod temi okolicznościami się obwiesić, jednakowoż większe prawdopodobieństwo przemawia za tem, jakieśmy to powyżéj wyjaśnili, że przy tem obwieszeniu była czynna obca ręka.

Z powodu, że orzeczenie było chwiejnem, Sąd przesłał akta Wydziałowi Lek. i zażądał orzeczenia. Takowe opiewało jak następuje:

1) PP. obducenci wychodząc z błędnego zapatrywania, że brózda wisielcowa, powstała za życia, różni się od brózdy po śmierci wywołanéj, popadli w sprzeczność w dwóch swych orzeczeniach, przypuszczając raz śmierć Dr. z innéj przyczyny a powieszenie po śmierci dopiero, a późniéj nie wykluczając śmierci z powieszenia.

2) Faktem atoli jest, że brózda przedstawia zawsze jedne i te same cechy, bez względu czy powstała za życia lub po śmierci dopiero, a tem samem nie podobna rozpoznać, czy brózda w danym razie powstała za życia lub po śmierci.

3) Wobec tego faktu nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że brózda na szyi Dr. powstała za życia, że więc Dr. umarła z powieszenia.

4) Śmierć z powieszenia w zasadzie przemawia za samobójstwem, chyba, jeżeli ważne przemawiają szczegóły za działaniem osoby drugiéj. Takich szczegółów w danym przypadku dopatrzyć się nie można; przeciwnie, brak śladów walki i obrony, położenie, w którem świadkowie zwłoki wiszące zastali oraz ślady chodaków na ścianie, raczéj za powieszeniem się przemawiają.

5) Z tych powodów na zapytanie świetnego Sądu Wydział Lekarski odpowiada, że nic nie przemawia przeciw temu, iż Fedia Dr. umarła wskutek powieszenia się.

Przypadek całkiem prosty zamącony został przez chwiejne i sprzeczne dwukrotne orzeczenie obducentów. Jestto błędem, bardzo jeszcze rozpowszechnionym, że brózda z powieszenia za życia przedstawia po nacięciu podbiegnięcie krwi, a więc różni się znacznie od brózdy wywołanéj na trupie, podczas gdy oddawna już nieulega wątpliwości, że brózda nie okazuje podbiegnięcia bez względu na to, czy powstała za życia lub po śmierci dopiero. Następstwem nieznajomości tego faktu była nieporadność pp. obducentów, którzy niepotrzebnie uciekli się do przypuszczenia śmierci z innéj przyczyny i powieszenia zmarłéj. Wprawdzie w danym przypadku nie można było stanowczo wykluczyć śmierci z powieszenia ręką cudzą, ale z uwagi, że śmierć z powieszenia najczęściéj przemawia za samobójstwem i że w danym razie przeciw samobójstwu nic nie przemawiało, należało tak orzekać, jak to uczynił Wydział.

V. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

K. Eschricht (Cöslin): **O narkozie brometylowéj.**

Dla chirurgii małéj, zwłaszcza dla dentystów uśpienie chloroformowe jest zbyt mozolne. Z początku zdawało się, że w tlenku dwuazotu, poleconym jeszcze przed wprowadzeniem uśpienia eterem, znaleziono odpowiedni środek, ale w ostatnich czasach uważają dentyści uśpienie gazem rozweselającym za niebezpieczną zabawkę. Przeszłego roku polecił Asch bromek etylu, a dobre wyniki nim osiągnięte ułatwiły mu wnet rozpowszechnienie. Jest on znakomitym środkiem znieczulającym, odpowiednim w wszystkich przypadkach, w których pożądane jest dogodne, szybko występujące i krótkotrwałe uśpienie; nadaje się więc przedewszystkiem do małych operacyj, do nacięć, wyłuszczeń palców u rąk i nóg, wyjmowania zębów, jednem słowem do wszystkich tych zabiegów chirurgicznych, które nie wymagają długiego uśpienia. Brometyl (*aether bromatus*) jest płynem jasnym, bezbarwnym, o woni dość przyjemnéj. Chory siedzi po usunięciu obciskających sukien i wdycha za pomocą zwykłéj maski chloroformowéj. Z początku oddychanie jest spokojne, późniéj występuje niepokój, oddech z początku powierzchowny staje się głębszym i powolniejszym, skóra się zaczerwienia i bez pobudzenia, jak po chloroformie, przechodzi ten stan w okres nieoddziaływania i wnet z wygaśnięciem odruchu rogówkowego uśpienie jest zupełne. Tętno z początku wskutek niespokoju przyspieszone, staje się późniéj spokojnem i mocnem. Uśpienie występuje prędzéj niż po chloroformie. Wszyscy chorzy potwierdzają, że znieczulenie było zupełne. Zalety tego uśpienia są następujące: 1) nie występuje okres pobudzenia; 2) uśpienie następuje bardzo szybko; 3) brak nieprzyjemnych objawów następowych, jak nudności i t. d. Na uwagę zasługuje twierdzenie Lewina, że brometyl nie dzieli z chloroformem działania osłabiającego mięsień sercowy i dla tego jest mniejsze niebezpieczeństwo zapadu i nieznaczne zboczenia krążenia nie przedstawiają tak surowego przeciwwskazania, jak przy chloroformie. Należy używać tylko przetworu Merka, przechowywać go w ciemnéj flaszce i pokrycie maski dokładnie oczyszczać. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 30).

F. Tripold (Graz): **O leczniczem działaniu fenacetyny i taliny.**

W klinice prof. Jakscha używał T. fenacetyny i taliny u 13 gorączkujących dzieci w wieku 1—13 lat i doszedł do następujących wyników: Fenacetyna obniża w dawkach od 0·1—0·4 u dzieci ciepłotę o 1·2—3·0° C. Działa przeciw nerwobólowi w uporczywym kaszlu (mianowicie gdy równocześnie istnieje gorączka), w bólu głowy i bólach opłucnowych. Jako nieprzyjemne działanie uboczne należy przytoczyć sinicę, silne poty i łatwo występujące objawy zapadu. Talina obniża w dawkach od 0·035—0·3 ciepłotę o 1·1—3·5° Cels., trwanie jednak tego działania jest wobec stósowania fenacetyny ograniczone. Spróbować można taliny jako środka uśmierzającego kaszel. Objawy uboczne fenacetyny występują niekiedy także przy talinie. (*Wien. klin. Woch.*).

Patologija.

Hoffa (Würzburg): **O zakażeniu gnilnem.**

Przez zakażenie gnilne rozumie H. przypadki, rozwijające się w ostry sposób po nieznacznych zranieniach, które laik nazywa zatruciem krwi. Brakuje wszelkiego znaczniejszego zapalenia miejscowego, szybko rozwija się choroba ogólna i należy przypuścić, że drobnoustroje przez ranę dostają się do krwi, w niéj się rozmnażają i tym sposobem śmierć sprowadzają. U zwierząt znamy od czasów Kocha takie drobnoustroje dokładniéj, mianowicie posocznicę myszy i królików. Co do pytania, w jaki sposób te drobnoustroje śmierć sprowadzają, to może się tu rozchodzić o zatrucie zakisowe, zdarzają się jednak jeszcze przypadki, w których ono nie odgrywa głównéj roli, mianowicie te, w których we krwi tylko mało znajdujemy drobnoustrojów i także przy oględzinach nie napotykamy zmian, a przedewszystkiem oznak zatoru lub krzepnięcia śródnaczyniowego. W takich przypadkach przypuszcza H. działanie toksyny. H. robił doświadczenia według metody Briegera, celem uzyskania swoistego jadu z królików, którym zaszczepiono hodowlę czystą prątków posocznicy królików, które wskutek tego zginęły. Udało mu się jad ten otrzymać w postaci zasady chemicznie czystéj, o formułce $C_2H_7N_3$, ciała chemicznie już znanego, metylgwanidyny. Ciało to, wstrzyknięte królikom podskórnie w dawce 0·2, zabija je wśród objawów zupełnie podobnych do objawów posocznicy królików i H. czyni wniosek, że podobne choroby powstawać mogą u człowieka wskutek podobnych trucizn i nazywa dla tego te choroby grzybicami toksycznemi. ((*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 30).

Choroby wewnętrzne.

Backhaus: **O leczeniu duru brzusznego wlewaniem do jelit rozczynu garbnika.**

W klinice prof. Moslera leczą od dłuższego czasu rozmaite choroby przewodu pokarmowego wlewaniem do jelit większych ilości wody, w któréj rozpuszczony jest środek przeciwgnilny. Zaleta tego postępowania jest łatwo widoczna, gdyż obok działania środka odrażającego przychodzi jeszcze w rachubę mechaniczne działanie wody, za pomocą któréj w rozkładzie znajdująca się treść jelit, drażniąca błonę śluzową przy dłuższem pozostaniu w jelicie, zostaje wydaloną. Także w durze brzusznym starano się odrażać jelita i to albo przez wewnętrzne podawanie środków przeciwgnilnych, n. p. naftaliny albo, jak w klinice Moslera, przez zastosowanie tychże przez odbytnicę. Obok wielu innych środków spróbowano także kwasu garbnikowego, a bezpośrednią pobudką do tego były dobre wyniki, jakie osiągnął Cantani przez wlewanie rozczynu taniny w cholerze azyjatyckiéj. Z trzech wskazań, które podaje Cantani jako czynniki, skłaniające do używania rozczynu taniny w cholerze azyjatyckiéj, mianowicie: 1) ograniczanie mnożenia się prątków w przewodzie pokarmowym; 2) uczynić nieszkodliwym chemiczny jad cholery (ptoimainy); 3) usunięcie zagęszczenia krwi przez świeży dowóz wody, dwa pierwsze wskazania w równéj mierze odgrywają rolę także w durze brzusznym, podczas gdy w miejsce trzeciego wstępuje mechaniczne oczyszczenie jelit przez wypłukanie. Podawano najpierw dawkę 2 grm. na 2 litry wody, późnjéj do 10 gramów na tę samą ilość wody i tę wlewano 2 razy dziennie, a wodę pierwéj ogrzewano do ciepłoty ciała. Lecznicze działanie wlewania zależy od tego, aby wlewany płyn dostał się jak najwyżéj w przewodzie pokarmowym, gdyż główną siedzibą cholery jest dolny odcinek jelita biodrowego. Co się tyczy pytania, czy w ogóle jest możebnem, aby wpędzić płyn ponad zastawkę Bauhiniego, to Cantani doświadczalnie wykazał, że płyn w nierzadkich przypadkach dostaje się aż do żołądka, a przez wymioty może być ustami wydalony. Najodpowiedniejszem ułożeniem do wlewania jest grzbietowe, gdyż przy tem woda łatwiéj i w większéj ilości wchodzi. Daléj ważnem jest, aby wlewanie odbywało się nie pod wielkiem parciem, lecz powoli i w przerwach, przez co unika się zbyt prędkiego i nagłego rozdęcia jelit, sprowadzającego na drodze odruchowéj łatwo wymioty, płyn daléj się dostaje, większą jego ilość przyjmuje jelito i tem dłużéj ją zatrzymuje, im powolniéj wpływa. Wyniki Backhausa są zachęcające. (*Deut. m. Woch.* 1889, Nr. 29).

A. Vogl. (Mnichów): **W sprawie leczenia duru w mnichowskim szpitalu wojskowym.**

V. stara się udowodnić na podstawie liczb, że zmniejszenie się śmiertelności duru w załodze przypada na czas systematycznego zaprowadzenie leczenia zimną wodą według Branda i że z wszelką pewnością należy je uważać tylko jako następstwo tego sposobu leczenia. Przez wytrwałe przeprowadzenie schematu: co 2 lub 3 godziny przez dzień i noc kąpiel o ciepłocie 14° R. przez kwadrans, gdy ciepłota mierzona w odbytnicy wynosi 39°, osiągnąć można znaczne zmniejszenie powikłań, zupełne usunięcie stanu durowego, a w następstwie tego zmniejszenie śmiertelności. (*Münch. med. W.* 1889, Nr. 11).

Chirurgija.

Ball: **Przyczynek do rozpoznania i leczenia chorób prostnicy i rzyci.**

Rozpoznanie rzeżączkowego zapalenia kiszki odchodowéj jest wogóle trudnem; B. kładzie największą wagę na ró-

wnoczesne istnienie choroby cewki, na ropną cechę wydzieliny, na miejscowe objawy zadrażnienia wogóle, a przedewszystkiem na wykazanie gonokoków. Owrzodzenia mieszkowe kiszki odchodowéj są w kołach ułożone, a owrzodzenia z powodu liszaja żrącego pozbawione są tła prątkowego. Przeciw szczelinom rzyci poleca B. na pierwszem miejscu azotan srebrowy *in substantia*. Odruchowe kurcze zwieraczów leczy częścią przez rozszerzenie palcem w narkozie, częścią nacięciami. Między wrzodami wenerycznemi napotyka się na tem miejscu tylko wrzód miękki u kobiet częściéj, natomiast bardzo często kłykciny sączące, a tylko rzadko kilaki. B. wspomina o kilaku Fourniera z rozlanym naciekiem ściany jelita, sprowadzającym owrzodzenia i zbliznowacenie błony śluzowéj. Kiłę odziedziczoną cechują zmiany błony śluzowéj, sprowadzające owrzodzenia promieniste. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.).

Delaborde: **O stwardnieniach ciał jamistych.**

Przez *induratio corporis cavernosi* rozumiemy jużto ograniczone bujanie tkanki łącznéj, n. p. włókniaki, już też naciek więcéj rozlany. Dawniéj przypuszczano jako przyczynę tych cierpień kiłę, rzeżączkę itd., podczas gdy obecnie stwierdzono, że induracyje te mogą być także miejscowym objawem chorób ogólnych, jak moczówki cukrowéj, dny. D. opisuje przypadki, w których nie mógł wykazać ani sprawy zapalnéj urazowéj, ani kiły i przychodzi do rezultatu, że choroba jest najczęstszą między 50-tym a 60-tym rokiem życia, a tłómaczy to tak, że u starców pochewki ciał jamistych już same przez się mają skłonność do zwyrodnienia łączno-tkankowego. Zboczenia, jakie te stwardnienia sprowadzają, polegają na utrudnianiu prawidłowego wzwodu i wytryskiwania nasienia, gdyż podczas występującego naprężenia członka wytwarzać się mogą najrozmaitsze skrzywienia prącia. Prognoza jest dobra, a przynajmniéj nie przybierają nacieki te cechy nowotworów złośliwych. Prócz leczenia ogólnego należy zwrócić uwagę jeszcze na leczenie miejscowe; zabieg krwawy daje mało widoków wyleczenia, a u diabetyków jest wprost przeciwwskazany. W jednym przypadku skrzywienia bocznego prącia u żołnierza, który został ugodzony kulą w ciała jamiste, osiągnięto dobry wynik przez wykonanie nacięć po przeciwnéj stronie, a następowo wytworzone blizny wyrównały poprzednie skrzywienie. (*Thèse de Paris*).

D'Ambrosio: **O przeszczepieniu aseptycznych gąbek na rany i wrzody skóry.**

1. W większéj liczbie przypadków wrzodów atonicznych, wobec których wszelkie inne leczenie jest bezskuteczne, można z nadzieją powodzenia spróbować przeszczepiania aseptycznych kawałków gąbki wielkości 2—3 mm. 2. Powierzchnię wrzodu należy pierwéj odrażać rozczynem sublimatu 1%. 3. Poszczególne gąbki należy umieszczać w odległości 2—3 mm. od siebie, poczem pokrywa się wrzód lub ranę za pomocą *Silk protective* lub waty; po 2—3 dniach można to postępowanie powtórzyć. 4. Zastosowanie większych kawałków gąbki jest szkodliwem, gdyż one nasiąkają wydzieliną ranną. 5. Gąbki, które odpadły lub które zniszczały, nim rana pokryła się przyskórkiem, należy natychmiast innemi zastąpić. 6. Ten sposób leczenia, tak prosty, łatwo wykonalny i tani zasługuje na pierwszeństwo przed przeszczepianiem skóry. 7. Wobec rozległych spustoszeń skóry, jeżeli sprawa gojenia po zastosowaniu gąbek, doznawszy znacznéj poprawy dalej nie postępuje, należy gojeniu dopomódz innemi środkami, mianowicie takiemi, które przybliżają brzegi ran do siebie, czyniąc je bardziéj ruchomemi; wskazane jest mianowicie przykładanie pasków przylepca. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 6). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Haschimoto: **Wydobycie z żołądka szczoteczki od zębów, połkniętéj przed 15 laty.**

Kobieta, l. 49 licząca, przywykła była szczoteczką japońską łechtać z rana osadę języka i tylną część połyku Szczoteczka japońska składa się z pręcika grubości pióra z drzewa (*Papulus trencula Linn*), do którego przymocowano z jednéj strony pędzel. Szczoteczkę taką połknęła w maju 1872. Po 10 miesiącach okazał się znaczny ropień w okolicy żołądka, który pękł dobrowolnie. W średniéj części okazał się koniec szczoteczki na 1 ctm. wysterczający. Lekarz wezwany odciął część wysterczającą, a rana zagoiła się wkrótce. Chora miała odtąd tylko poczucie ciała obcego w żołądku. W 13½ lat późniéj powstał obrzęk i ropień w okolicy pępka i wtedy można było ciało obce dokładnie namacać. H. rozszerzył przetokę dostatecznie i wydobył szczoteczkę doraźnie. Przy tym rękoczynie okazała się błona śluzowa żołądka nieprzekrwioną, gazy nie cuchnące, a ciecz ropiasta z rany oddziaływała kwaśno. Powstała mała przetoka żołądkowa, która się zagoiła w 5 tygodniach po operacyi. H. zgadza się co do wydobycia ciał obcych z żołądka z Königiem, aby operacyję wtedy tylko przedsięwziąć, gdy ciało obce jest ostrokończyste, które wywołać mogłoby zranienie ścian żołądka. König operował również fryzyjera, 36 lat liczącego w 6-tym dniu po połknięciu szczoteczki od zębów, lecz chory umarł w 3 dniu z powodu zapalenia otrzewny. (*Arch. f. klin. Chirurg.* XXXVII, 1889). *Dr. Karol Reiss* w Dukli.

Położnictwo.

R. Frommel (Erlanga): **O całkowitem wyłuszczeniu macicy.**

Usunięcie choréj macicy przez pochwę jest wprawdzie zabiegiem operacyjnie wykończonym i nie bardzo trudnym, ale tylko wtedy, gdy nowotwór jeszcze bardzo się nie rozszerzył i macica jeszcze jest dobrze ruchomą; zdarzają się jednak przypadki, w których z powodu znacznego powiększenia macicy, niespodziewanie znacznego rozszerzenia się raka, a powodu spraw zapalnych, szczególnie w jamie Douglasa, powstają dla operatora niespodziewane trudności, gdyż pole operacyjne, które może objąć wzrokiem, jest bardzo małe i większą część zabiegu musi wykonać jedynie pod przewodnictwem palca, daléj z tkanki miedniczéj, otaczającéj szyjkę, tylko bardzo mało może usunąć. Wobec takich stosunków usprawiedliwione są nowe zabiegi operacyjne pod warunkiem, że z jednéj strony zapewniają lepszy dostęp i przegląd pola operacyjnego, a z drugiéj umożliwiają w otoczeniu rakiem zajętéj macicy usunięcie więcéj tkanki. Postępowanie Hegara, do tego celu dążące, opiera się o operacyję Kraskego do wyłuszczenia odbytnicy i polega głównie na tem, że przez wycięcie kości krzyżowéj i usunięcie na bok odbytnicy odsłania i otwiera się jamę Douglasa, przez co odsłania się tak macicę i jéj części dodatkowe, że podwiązanie i wyłuszczenie jéj pod kontrolą wzroku jest możebnem. Dalszą drogę w tym kierunku podał Zuckerkandl, który szerokiem cięciem otwiera międzykrocze, poczem przedostaje się na tępo między pochwą i odbytnicą, aż jama Douglasa jest widoczną, którą szeroko otwiera, macicę przechyla ku tyłowi, zakłada podwiązki w prawo i lewo jak najdaléj od macicy przez więzadło szerokie, które przecina; cięcie poprzeczne nad przednią ścianą macicy oddziela najwyższą granicę połączenia między pęcherzem a macicą i umożliwia odpreparowanie pierwszego od ostatniéj, poczem usuwa zewnątrz otrzewnową część macicy po poprzedniem podwiązaniu. Zuckerkandl polecił swój sposób na zasadzie doświadczeń na zwłokach, a o praktycznem jego zastosowaniu jeszcze Frommel nie słyszał, dla tego skorzystał z odpowiedniego przypadku, aby doświadczyć tego zabiegu, który też uwieńczony został pomyślnym skutkiem. Wobec metody Hegara jest zabieg Z. operacyją mniejszą, za pomocą któréj będzie można prawdopodobnie leczyć także pozamaciczne ogniska ropne, ropiejące krwiaki, względnie mniejsze pozamaciczne guzy. (*Münch. m. Woch.* 1889, Nr. 31).

Doc. H. Löhlein: **Wskazania do owaryjotomii i myomotomii.**

Według zapatrywania L. jest wycięcie jajników wszędzie tam wskazane, gdzieśmy stwierdzili na pewne guz jajnikowy nawet małych rozmiarów. Przeciwwskazany jest zabieg tylko wobec nowotworów złośliwych, których rozszerzenie na inne narządy nie zezwala już na doszczętne ich usunięcie. Równocześnie istniejąca ciąża, ropienie w torbielu i wikłające zapalenie otrzewny nie stanowią przeciwwskazania, radzi jednak, szczególnie co do powikłania z ciążą, uwzględniać zawsze osobiste stosunki. Myomotomija jest bezwarunkowo wskazana przy: 1) znacznem rozwinięciu mięśniaka i powstałych stąd zboczeniach w krążeniu i oddychaniu, 2) wobec uderzająco szybkiego powiększania się mięśniaka, 3) wobec groźnych objawów uciskowych ze strony nowotworu, 4) obja-

wów gorączkowych wskutek zropienia lub sposoczenia guza, 5) puchliny brzusznej. Wobec krwotoków i bólów wskazane jest usunięcie mięśniaka bez lub z wyłuszczeniem macicy, jeżeli wszystkie w takich przypadkach używane środki zawiodły. (*Berl. klin. Woch.*).

Okulistyka.

Schoeler (Berlin): **W sprawie operacyjnego leczenia chorób siatkówki.**

Dopiero na początku tego wieku rozpoznał Ware oderwanie siatkówki i podał chirurgiczne jego leczenie: punkcyję twardówki. Z czasów przedwziernikowych przejęliśmy etyjologiję, według któréj oderwanie siatkówki nazywało się Hydrops *chorioideae internus et externus* (teoryja wypocinowa). Później wykazał H. Müller, że kurczące się postronki ciałka szklanego pociągają siatkówkę ku przodowi i sprowadzają jéj oderwanie. Później wykazał Iwanow, że oderwanie siatkówki poprzedza oddzielenie ciałka szklanego, a to ostatnie samoistne zachorowanie tegoż. Jak długo środkowe części ciałka szklanego oddzielają się od siatkówki, nie musi jeszcze powstać oderwanie siatkówki, a dopiero gdy kurczenie się ciałka postępuje dalej aż do równika, powstaje oderwanie, ponieważ przy równiku jest ciałko z siatkówką ściśléj połączone. Te przypadki stanowią 80—90%; reszta ma inne przyczyny: sprawy zatorowe w naczyniach siatkowych, krwotoki pochewki nerwu wzrokowego, urazy, *retinitis nephritica* i *diabetica*. Leczenie jest wewnętrzne i chirurgiczne; pierwsze jest odwodzącem: upust krwi, bańki, wcieranie szaruchy, jodek potasu, moczenie nóg, gorczyczniki, dalej ułożenie na grzbiecie, opatrunek uciskowy i leczenie napotne. Co do leczenia chirurgicznego, to wykonywano punkcyję twardówki, Graefe rozcinał z przodu przez twardówkę siatkówkę jedną igłą, Bowmann dwiema. Wecker zakładał t. z. sączek filtracyjny dla przeszkodzenia ponownemu nagromadzeniu się cieczy, Gałęzowski nitkę katgutową. W nowszych czasach znalazły jeszcze zastosowanie nacięcia, *ophthalmotomia posterior*, akupunktura, trepanacyja twardówki i t. d. S. robił doświadczenia na zwierzętach za pomocą jodyny, którą wstrzykiwał przed siatkówką, a dobre wyniki nią osiągnięte skłoniły go do zastósowania wstrzykiwania nastoju jodowego także w oderwaniach siatkówki oka ludzkiego. Wstrzykiwał strzykawką Pravaza, zakończoną małą, skrzywioną i pozłoconą rurką z małym nożykiem na przodzie. Sposób ten zastósował autor w 5-ciu przypadkach oderwania siatkówki, która wskutek tego leczenia przysuwała się napowrót w prawidłowe miejsce. Doświadczeniami temi udowodnił S., że różne leki można wstrzykiwać wolno do ciałka szklanego w celach leczniczych. (*Wiener klin. Woch.*, 1889, Nr. 29).

Choroby dzieci.

P. Bongers (Jena): **O letniéj biegunce osesków.**

Powszechnie przypuszcza się jako główną przyczynę choroby gorąco letnie; Uffelmann wykazał, że w latach chłodnych zmniejsza się ilość chorób biegunkowych dzieci, Virchow kładzie główny nacisk na stan wody gruntowéj i rzecznéj, według Bagińskiego wystarcza kilka dni trwające podwyższenie ciepłoty powietrza do wywołania warunków potrzebnych do powstawania biegunki letniéj. Według szczególnego jéj zachowania należy chorobę tę uważać za zakaźną; Baginsky znalazł prątki w jelicie czczem, w gruczołach Peyera i w tkance podśluzowéj. Wiemy, że większa część drobnoustrojów jelitowych ulega w żołądku zniszczeniu, gdyż kwaśna treść nie stanowi odpowiedniego tła odżywczego, a w kale dorosłych znalazł Bienstock tylko prątki, gdyż te przez swoje zarodniki trwale mogą sprzeciwić się strawieniu przez żołądek. Istota omawianéj choroby polega na tem, że długotrwające gorąco daje pobudkę chorobotwórczym grzybkom do rozwoju, lub istniejące nadzwyczajnie się rozmnażają. Pod wpływem gorąca lub przypadkowych czynników zmieniony chorobowo żołądek nie sterylizuje więcéj swéj treści, a drobnoustroje przenikają i niszczą teraz bezbronny ustrój. W leczeniu należy przedewszystkiem zapobiedz wtargnięciu grzybków. W tym celu należy brodawki piersiowe karmiących oczyszczać środkami przeciwgnilnemi, usta oseska po ssaniu wymyć od resztek mleka. Każdy napój dziecku podany należy przegotować i ochłodzić w naczyniu zamkniętem. Gdy zaś bodziec chorobowy już dostał się do ustroju, należy go wydalić i to energicznem przepłukaniem żołądka i jelit. Jako odpowiednie środki przeciwgnilne poleca się: naftalina, zaczynając od 0·03—0·05 *pro dosi* co 2 godziny, przez usta, jako proszek z cukrem, ol. Bergamot. i t. d., lub jako mięszankę: *Rp. Naphtalin. puriss. 0·1—1·0, Muc. gum. arab., Aq. chamom. aa 40·0 S.* Po zakłóceniu co 2 godziny łyżeczkę, lub przez odbytnicę jako lewatywę, dla której gotuje się 1·0 naftaliny z 50·0—100·0 *aq. dest.* aż do powstania cieczy mlecznéj. O kalomelu wykazał Baginsky, że powstrzymuje rozwój *bacterium lactis aërogenes*. Dobry także jest salicylan bismutu i salol, które dopiero w jelicie rozkładają się na swe składniki skuteczne. W leczeniu objawów następowych należy usunąć nieżyt jelit i zapad. Pierwsze leczymy środkami śluz rozpuszczającemi i zwężającemi naczynia (woda wapienna i azotan bismut.), ostatni mocną czarną kawą, kamforą przez usta lub podskórnie, kąpielami gorczycznemi. (*D. m. Woch.* 1889, Nr. 30).

Choroby nerwowe.

E. Heddoeus: **O badaniu i znaczeniu objawów źrenicznych.**

H. zebrał wszystkie objawy kliniczne ruchów źrenicy. Co się tyczy badania ruchomości źrenicy, należy pamiętać, że jeżeli znajdujemy prawidłową wielkość i ruchomość obu źrenic, nie potrzebujemy dalej badać; badanie działania akomodacyjnego nie jest potrzebnem. 2) Jeżeli stwierdzimy prawidłową wielkość i ruchomość jednéj, a brak ruchliwości drugiéj źrenicy, (co sprawia różnicę w wielkości obu, *anisocoria*), to badanie oddziaływania przy zbieżności wykaże, czy rozchodzi się a) o bezwzględną nieruchomość, przy któréj brak także oddziaływania na zbieżność, lub b) o odruchową nieruchomość źrenicy, przy któréj oddziaływanie na zbieżność jest utrzymane. 3) Jeżeli przy kolejnem odsłanianiu i zasłanianiu obu óczu obie źrenice nie okazują zmiany wielkości, to mogą istnieć rozmaite stany; może się rozchodzić a) o bezwzględną nieruchomość obu źrenic, lub b) o odruchową nieruchomość jednéj, bezwzględną drugiej źrenicy, lub c) o odrucową nieruchomość obu źrenic; od téj należy odróżnić d) odruchową nieczułość (znieczulenie siatkówki). Ze względu na tłomaczenie objawów źreniczych twierdzi H.: zboczenia ruchomości źrenic należy zawsze odnieść do nieprawidłowości w zakresie odśrodkowych włókien nerwowych źrenicy (nerw okoruchowy i współczulny). Przy anizokoryi należy stwierdzić, która jest chorobowo zmienioną. Jeśli to jest wątpliwem, to wskazuje zmniejszona ruchomość zawsze na chorobowo zmienioną źrenicę. Następnie należy stwierdzić, czy upośledzenie ruchomości należy odnieść do choroby nerwu okoruchowego, czy współczulnego. Jeżeli źrenica jest chorobowo rozszerzoną, należy stwierdzić, czy jest porażenie zwieracza, czy podrażnienie m. rozszerzającego źrenicę; jeżeli jest zwężoną, czy mamy do czynienia z zadrażnieniem zdziergacza, lub z porażeniem mięśnia rozszerzającego. Jeżeli nieruchomość źrenic jest następstwem odruchowego znieczulenia (gdzie siatkówka bodźca świetlnego wcale daléj nie przeprowadza), wtedy źrenice są zawsze tak rozszerzone, jak były prawidłowo w przestrzeni zaciemnionéj. (*Archiv f. Augenheilkunde* t. XX 2. 1). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Lorentzen: **Podwyższenie ciepłoty ciała do 44·9 u kobiety cierpiącej na hysteryję.**

Kobieta nerwowa doznała wkrótce po pluciu krwią napadów duszności, wystąpiła sinica i oddech był nader powolnym. Podobnych napadów doznawała chora przez miesiąc cały i to przeważnie w nocy. Była wtedy bezprzytomną, drażliwą, bojaźliwą i nader skłonną do złudzeń i marzeń. Po dwóch miesiącach pojawiło się znów krwioplucie, mimo, że po dokładnem badaniu gruźlicy nie stwierdzono. Od 7 do 9 stycznia wskazał ciepłomierz 39·5—40·5, zaś dn. 9 stycznia 44·9 (według podania męża). L. zastał chorą w stanie złudzeń, spokojną, cieplota ciała w odbytnicy 44·9, pod pachami 44·8 w tymże samym czasie. W godzinę późniéj ciepłota w odbytnicy 42·4, wieczorem 41·5, kilka dni późniéj 38·5 do 39·5, późniéj zniżyła się ciepłota do 37°. L. wykluczając chorobę płuc, uważa cierpienie za nerwicę krwawą (*Neuropathische Blutungen*), znaczne podwyższenie ciepłoty wywołane

było histeryją. Teale wykazał u choréj cierpiącéj na histeryję 50° (*Lancet* 1876, I. pag. 340), zaś Wunderlich 43°. (*Archiv der Heilkunde* V. pag. 210. (*Centralbl f. klin. Med.* 1889, 33). *Dr. Karol Reiss* w Dukli.

Choroby skórne.

Gray: **O kile układu nerwowego i jéj leczeniu.**

Według G. występuje kiła układu nerwowego w następujących 9-ciu rozmaitych postaciach: 1) Co noc wracające lub wzmagające się bóle głowy, które jednak występują także za dnia, szczególnie popołudniu. Można je łatwo zamienić, zwłaszcza, że po znacznych dawkach chininy ustępują, z *Malaria larvata.* Często towarzyszy kiłowym bólom głowy bezsenność i rozdrażnienie, nie pozostające w stosunku do nasilenia bólów. 2) Połowicze porażenie przed 40-tym rokiem bez lub z poprzedzającym bólem głowy opisanego rodzaju. 3) Kephalalgia, poprzedzająca hemiplegiję, a znikająca na zawsze z jéj powstaniem: połowiczego porażenia niekiłowych nie poprzedzają takie bóle. 4) Drgawki u dorosłych, którzy w dziecięctwie nigdy drgawek nie mieli, z wykluczeniem urazu, zapalenia nerek, ciąży i migreny. 5) Choroby podstawy mózgu. 6) Coma, trwające dnie lub tygodnie, jeżeli wykluczyć można uraz, zapalenie opon mózgowych, cukromocz, zapalenie nerek i dur. 7) Uwiąd rdzenia pacierzowego. 8) *Paralysis generalis.* 9) Choroby rdzenia po kile śródczaszkowéj. G. używa wyłącznie jodku potasu i to w daleko większéj dawce, niż powszechnie się podaje. Dawkę powiększa aż do wyleczenia lub wystąpienia jodyzmu, a w tym ostatnim razie podaje szybko dawki jeszcze większe, gdyż po takich dawkach spostrzegał często zniknięcie jodyzmu. W innych przypadkach potrzeba podawać przez dłuższy czas dawki mniejsze niż ta, która przypady jodyzmu sprowadziła, a potem można za to szybko z dawkami się posuwać bez wywołania objawów zatrucia. G. podawał aż 48·0 na dobę i spostrzegał zniknięcie objawów, które przy mniejszych ilościach nie ustępowały. (*C. f. kl. Med.*).

Jul. Koch (Wiedeń): **W sprawie leczenia róży.**

Leczenie róży można dzielić na objawowe i etyjologiczne, pierwsze przeważa, jak długo przyczyna choroby jest nieznana, drugie jest obecnie prawie wyłącznie używane, odkąd prątkowa przyroda róży została stwierdzoną. Sposób, którego doświadczał K. na oddziele chorób skórnych prym. Mraćka, nazywa przeciwgnilno-etyjologicznym. Maść jodoformowo-kreolinowa zasługuje na pierwsze miejsce w szeregu leków, przeciw róży używanych, i to z powodu dokładnego działania i łatwości stosowania z jednéj strony, a z drugiéj strony z powodu braku szkodliwego wpływu na nerki, jaki się spostrzega przy innych środkach, szczególnie karbolu. Zastosowanie maści, składającéj się z kreoliny 1, jodoformu 4, lanoliny 10, jest następujące: za pomocą miękkiego pędzla szczecinowego wciera się maść jednostajnie grubo w chorą skórę i na 3—4-ech palców pozornie zdrowéj skóry, na to papier gutaperchowy. Oczywiście należy także furtki wtargnięcia jadu leczyć: jeżeli róża wzięła początek z nieżytu nosa, należy nos kilka razy dziennie przepłukiwać słabym rozczynem nadmanganezianu potasowego; gdy była flegmona, wskazane są nacięcia; gdy przyczyną była rana zakażona, należy ją leczyć według prawideł postępowania przeciwgnilnego. Już trzeciego dnia a niekiedy nawet już w dniu po zastosowaniu następującym opadała gorączka w 25-ciu tą maścią leczonych przypadków, róża została ograniczoną, skóra zbladła. Co się tyczy teoretycznego roztrząsania, skłaniającego do wybrania właśnie téj maści, to wybrano kreolinę jako znany łagodny przetwór fenolowy, gdyż nie posiadając szkodliwych wpływów ubocznych karbolu, dzieli z nim znakomite własności odrażające. Co się tyczy przeciwróżycowego działania jodoformu, to można przypuścić, że uwalniający się jod działa rozpędzająco na sprawę chorobową i jéj wytwory. Jako podstawę dla maści wybrano lanolinę, aby jéj znakomite własności resorbcyjne sprzyjały właściwie działającym składnikom. (*W. m. Woch.*, 1889, Nr. 27). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna sądowa.

A. Paltauf: **O obrażeniach powstałych za życia a jednak podobnych do wywołanych po śmierci.**

Zdarza się spostrzegać na zwłokach obrażenia, których powstanie za życia nie może ulegać wątpliwości, pomimo tego jednak nie przedstawiają one podbiegnięć lub nie towarzyszy im krwotok, jak to mieć miejsce powinno. Zdarza się również, że z kilku obrażeń równocześnie powstałych jedne okazują podbiegnięcia, inne są pod tym względem zupełnie podobne do pośmiertnie wywołanych. Znane sposoby tłumaczenia tych zresztą niezbyt częstych spostrzeżeń, a mianowicie tłumaczenie Hofmanna, że z ran większych krwotok ma miejsce na zewnątrz lub do jam ciała, a krew znajdując łatwy odpływ nie podbiega w tkanki, i tłómaczenie Caspra, że równoczesne zranienie rozleglejsze lub więcéj w krew obfitującego narządu usuwa warunki potrzebne do powstania podbiegnięcia okolicy rany mniejszéj, nie wystarczają w pewnych przypadkach, a zwłaszcza wtedy, gdy pomimo znacznych obrażeń życie trwa przez pewien czas, a sekcyja pomimo tego nie wykazuje podbiegnięć.

Okoliczność ta skłania autora do gruntownego ocenienia przebiegu spraw patologicznych, a głównie naczynio-ruchowych w takich przypadkach, przyczem już z góry myśleć należy o znacznych zaburzeniach ośrodków naczynio-ruchowych, zwłaszcza, że brak podbiegnięć obrażeń za życia powstałych spostrzega się w przypadkach, w których obrażeniom towarzyszy wstrząśnienie mózgu, ucisk mózgowy lub t. z. shock, bez względu na to jakiemu z obecnych zapatrywań na tę sprawę przyznaje się słuszność.

Przypadek opisany przez autora, w którym pomimo licznych i znacznych obrażeń trzeba było uznać wstrząśnienie mózgu za przyczynę śmierci, stwierdza zapatrywanie autora przynajmniéj co do pierwszéj z trzech spraw wymienionych. Gruntowne ocenienie spostrzeżeń czynionych na zwierzętach przy t. z. młotkowaniu przez Kocha i Filehnego, Witkowskiego i Becka przekonywa, że skurcz naczyniowy, występujący w pewnym okresie młotkowania może rzeczywiście być powodem braku podbiegnięć obrażeń u ludzi za życia powstałych. Ta sama zmiana w naczyniach może być również przyczyną braku podbiegnięć wśród ucisku mózgowego i w tak zwanym shocku, który można uważać za śmierć z niedokrewności bez uszkodzenia naczyń (*intravasculaerer Verblutungstod*).

Powyższe zapatrywanie osnute na podstawie doświadczeń znajduje poparcie w spostrzeżeniach klinicznych przypadków odnośnych; na téj podstawie też twierdzi autor, że w przypadkach takich należy przypuszczać silne zadrażnienie ośrodka naczynio-ruchowego, dające powód do zamknięcia naczyń, w drugim okresie do porażenia tego ośrodka z rozszerzeniem naczyń i równocześnie obniżeniem parcia ościennego. Gdy nadto w tym okresie występuje niedomoga, a następnie porażenie serca, są dane warunki, na których polegając, możemy usprawiedliwić brak podbiegnięć okolicy obrażeń. Na podstawie tych roztrząsań twierdzi autor, że: 1) Brak podbiegnięcia nie zawsze dowodzi powstania obrażenia po śmierci. 2) Wykazanie obrażeń z podbiegnięciami obok innych bez podbiegnięć nie musi dowodzić nierównoczesnego powstania jednych i drugich. 3) Rozróżnienie może polegać na uwzględnieniu innych okoliczności towarzyszących, nie zawsze jednak będzie możliwem. 4) Tylko całkowite wykonanie sekcyi i ocenienie wszystkich szczegółów może stanowić podstawę do wydania orzeczenia w takich przypadkach. 5) Obok szybkiego skrwawienia z powodu innych obrażeń, może brak podbiegnięć mieć miejsce wskutek zaburzeń w unerwieniu naczyń, w obniżeniu parcia ościennego lub porażeniu serca. (*Wr. klin. Woch.* 37 i 39, 1889.) *Dr. Schaitter.*

Toksykologija.

N. Hammer (Praga): **Przypadek otrucia fosforem z zejściem śmiertelnem bardzo szybkiem.**

46 l. licząca kobieta zażyła 120 ctg. fosforu w postaci główek zapałek o godz. 9-éj rano, o godz. 2½ po południu przewieziono ją do kliniki prof. Kahlera w stanie zapadu i mimo natychmiastowego wypłukania żołądka umarła po 3 godz., więc w 9 godz. po zażyciu fosforu. Kora mózgowa przedstawiała obraz zwyrodnienia tłuszczowego (stwardnienie mózgu według metody Marchiego i Algeriego). Wszędzie w mózgu, a szczególnie wzdłuż osłonek rdzennych nerwów sąsiedniéj istoty białéj stłuszczenie. W wątrobie, ani w in-

nych narządach ważniejszych zmian nie było. (*Prag. m. W.* 1889, Nr. 8).

Notatki lecznicze.

Do leczenia ran oparzelinowych poleca *Pharm. Post* następujące postępowanie: ranę wymywa się najprzód rozczynem przeciwgnilnym, najlepiej rozczynem kwasu borowego 1 : 30, potem opatruje się papierem przeciwgnilnym, zawierającym 1% kwasu borowego a zamaczanym w 5% rozczynie kokainy, na to daje się warstwę bawełny skubankowéj i pozostawia się przez kilka dni. Kokaina usuwa bóle, podczas gdy kwas borowy dostatecznie przeciwgnilnie działa, aby sprowadzić wyleczenie w kilku dniach.

Pastylki Fehlinga składają się (*Pharm. Rundschau* 1889 p. 529) z winianu sodowego i siarkanu miedziowego, które suszone mięszane są w stosunku, odpowiadającym rozczynowi Fehlinga i tak ścieśnione, że pastylka waży 0·2. Celem użycia daje się do rurki probierczéj dwie pastylki, nieco ługu potasowego i 8 do 10 gr. wody. Pastylki mają przed rozczynem tę zaletę, że można je w dobrze zamkniętych szklankach długi czas przechowywać.

Leczenie błonicy hydronaftolem i papainą. Ma ono na celu szybkie usunięcie błon. Używa się według Caldewella następującego rozczynu (*Arch. ped.*): *Papain* 10.₀ *Hydronaphtol.* 0·15, *Ac. hydrochl. gtts* XV., *Aq destill.* 120·0. *Glycer.* 11·0 wdychiwać co 2 godziny.

Solidago virga latifolia, nowy środek moczopędny. Mascarel opisuje w *Rev. gén. de clin. et de thér.* dwa przypadki chorób sercowych z następową opuchliną, w których sproszkowane liście i kwiaty wspomnianéj rośliny rozwinęły działanie moczopędne dotąd mało jeszcze znane. M. podawał ten proszek łyżeczkami, nieco osłodzony i w połączeniu z surowem jajem; rozpoczynając od takiéj dawki, dochodził, podawając codziennie o jedną więcéj do siedmiu na dzień i w obu przypadkach ustąpiła pod wpływem dyjurezy opuchlina. *Dr. Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VIII. Posiedzenie z dnia 26 maja 1889.

Przewodniczący: kol. Merczyński; członków obecnych 34.

1) Na porządek dzienny przyszła najprzód sprawa umieszczenia biblijoteki Sekcyi, rozpoczęta sprawozdaniem komisyi na ostatniem posiedzeniu wybranéj, a oddana po dłuższéj dyskusyi do dalszego rozpatrzenia komisyi złożonéj z koll. Czyżewicza, Kadyja i Murczyńskiego.

2) Następnie poruszył kol. Czyżewicz sprawę mających wkrótce wejść w życie kas dla chorych robotników, nad którą wywiązała się obszerna dyskusyja.

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

IX. Posiedzenie z dnia 8 czerwca 1889.

Przewodniczący: kol. Merczyński; członków obecnych 23; jako gość kol. Lutostański z Krakowa.

1) Kol. Barącz przedstawił nowy przypadek promiennicy ludzkiéj, 6-ty z rzędu przez siebie obserwowany. Choroba trwa od 3 miesięcy i rozpoczęła się od bólu zęba trzonowego górnego lewego — obecnie zaś obok braku tego zęba znajduje się charakterystyczny naciek twardy na szczęce górnéj i policzku po stronie lewéj. Nadto demonstrował kol. B. preparaty drobnowidowe grzybków promienicy z tego przypadku pochodzących. Bliższe szczegóły ma zamiar podać w „Przeglądzie Lekarskim“ w zbiorowéj rozprawie z przypadków téj choroby dotychczas przez siebie obserwowanych.

2) Kol. Pisek miał następnie dalszy ciąg swego odczytu „o osłabieniu nerwowem serca“.

3) Kol. Czyżewicz zdaje sprawę z obrad komisyi biblijotecznéj wybranéj na ostatniem posiedzeniu. Na podstawie wniosków téj komisyi w pojedynczych punktach obszernie omówionych Sekcyja uchwaliła: 1) Przyjąć z małemi zmianami ofertę Towarzystwa „Lecznicy lwowskiéj“, dającego w swoim lokalu bezpłatne pomieszczenie biblijotece Sekcyi. 2) Podnieść roczną wkładkę członków Sekcyi lwowskiéj Towarz. lekar. galic. o dwa złr. w. a., która to nadwyżka ma być zapłaconą już za rok bieżący i ma służyć na cele biblijoteki. 3) Zażądać od Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galic. 200 złr. w. a., jako jednorazowéj subwencyi na skatalogowanie biblijoteki i sprawienie szaf dla niéj potrzebnych. 4) Wybrać trzech biblijotekarzy i trzech zastępców biblijotekarzy, z których pierwsi, ewentualnie drudzy, gdy funkcyjonować będą, są odpowiedzialni za całość biblijoteki i będą obowiązani codziennie z wyjątkiem niedziel i świąt być kolejno przez godzinę stale oznaczoną w lokalu biblijoteki. 5) Aby biuro Sekcyi uchwałę tę w sprawie biblijoteki zakomunikowało Zarządowi Tow. lek. galic. z prośbą, aby ten polecił skarbnikowi Towarz. przyjmować przeznaczoną na biblijotekę wkładkę i dla niéj w księgach kasowych osobne otworzył conto, tudzież, aby się zajęło przeprowadzeniem pisemnéj ugody z Towarzystwem „Lecznicy lwowskiéj“, w sprawie oferty przez nie wniesionéj z uwzględnieniem przez komisyję biblijoteczną podanych, a przez Sekcyję aprobowanych wniosków.

Następnie na wniosek kol. prof. Kadyja w myśl § 4 powyższéj uchwały koll. Sobolewski, Wachtel i Wehr zostali wybrani biblijotekarzami, a koll. Kucharski, Pisek i Wiktor zastępcami biblijotekarzy.

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 12-te z dnia 19-go czerwca 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 13, jako gość kol. Trzebiński z Dorpatu.

1) Kol. Obaliński przedstawia chorego ze swego oddziału, który z powodu nerwobólu drugiéj gałęzi nerwu troistego kilkakrotnie był operowanym, a w czerwcu b. r. zgłosił się znów z recydywą. Ostatnia operacyja wykonana została 6-go czerwca i uwolniła chorego od bólów, mimo, że nie drugą (która już poprzednio w całości była usuniętą), lecz trzecią gałąź, a raczéj jéj część, to jest nerw dolno-szczękowy, resekowano, wraz z ramieniem pionowem kości dolno-szczękowéj. Rzecz ta opisaną została w „Przeglądzie Lekarskim“ Nr. 33 z d. 17 sierpnia br.

W dyskusyi zwrócił uwagę kol. Pieniążek, że czasem unerwienie zbacza od ogólnie przyjętych reguł. Jako przykład przytoczył przypadek Türcka, w którym przy porażeniu nerwu *laryngeus inferior sinister* z powodu ugniotu znalazł obok zaniku mięśni, które przezeń są zaopatrywane, także i zanik mięśni *crico-thyreoideus sinister*, który jak wiadomo zostaje innerwowany przez osobną gałązkę nerwu *laryngeus superior*, który to nerw w tym przypadku zupełnie zdrowym się okazał. Przypuszcza więc, że podobnie i to miejsce innerwowane przez gałąź drugą n. troistego mogło także dostawać włókienka od gałęzi trzeciéj; przypuszcza daléj, że po resekcyi gałęzi drugiéj włókienka gałęzi trzeciéj mogły w obwodzie daléj się rozwijać i w ten sposób objąć na siebie częściowo zadanie gałęzi drugiéj co do czucia. Przypuszczenie to zdaje się możliwem wobec stwierdzonego faktu odrodzenia się nerwów oraz powstawania nerwiaków.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

W dalszym ciągu moich studyjów nad epidemijologią tureckiego wschodu korzystam ze świeżo zaszłych cechujących ją faktów, i pozwolę sobie zwrócić uwagę czytelnika na arabistański Assyr. Wybuch i szerzenie się tam dżumy, przy szczególnie oryginalnych warunkach miejscowych, przy braku dokładniejszéj znajomości tego odległego zakątka kraju, jego mieszkańców i danych, w jakich pędzą swój byt, uczyniły go naraz dość interesującemi, i dla higijenisty godnym bliższego poznania.

Ograniczony od północy prowincyją Hedżaz, a od południa Tahama, przedzielony od właściwej pustyni półwyspu arabskiego wydatnym pasmem El-Haram Assyr stanowi północną część prowincyi jemeńskiéj i w układzie administracyjnym, zależy od wielkorządzcy Sany. Dla podróżnych, zdążających od Dżeddy ku ciaśninie Bab-el-Mandeb, pominąwszy 20° S., pod którym leży właściwie w mowie będąca prowincyja, panorama Assyru nieda się ocenić nawet uzbrojoném okiem. Promienie słońca operującego od wschodu okrywają całą prowincyję rodzajem mglistéj, zgęszczonéj powłoki harmonizującéj niejako z wiekową tajemniczością tego tu

zakątka! Zupełnie jednak w odmiennych konturach przedstawia się Assyr, jeżeli zbliżamy się ku niemu od południa. Wtedy dają się ocenić zarysy i szczyty przebiegającego go górskiego pasma, przedstawiającego się dość malowniczo i podróżny choćby był nawet synem Albionu, spostrzega, że to co czytał o charakterze geograficznym zachodniego wybrzeża półwyspu arabskiego, pozostaje w jawnêm przeciwieństwie z tem, co tu znalazł. W istocie bowiem rozminęlibyśmy się z geograficzną prawdą, przypuszczając, że Assyr jako część półwyspu arabskiego jest pustynią niezamieszkałą i bezżyzną. Przeciwnie poczynając od północnych stoków pasma „El-Haram“ i dążąc od Konfudy, głównego miasta prowincyi przez Loheja aż do Hedud, całą miejscowość można porównać z charakterem wybrzeża syryjskiego. Jak bowiem tam, tak i tutaj, cała przestrzeń da się podzielić na trzy pasy: pierwszy przybrzeżny, nieco piaszczysty w pobliżu morza, a późniéj żyźniejszy, wydający właściwą téj strefie roślinność, jest tu i owdzie uprawianym, dzięki pewnemu stopniowi wilgoci. Drugim jest pas wzgórz z licznemi okazami drzewa tamaryndy, pod którem karawany i stada znajdują chwilowy wypoczynek i paszę, na dość licznych tu dolinach. Wreszcie pas trzeci suchy, przedstawiający powierzchnie nieznacznie falujących się wzgórz, przy wiosce Sadwan przechodzi w pustynną płaszczyznę. Całą tę przestrzeń nie dłuższą nad 130 kilometrów i szeroką na pięćdziesiąt, zrasza kilka górskich strumieni, płynących w głębokich parowach górskich, a następnie przy osadzie Mersa-ali, oddzielone od morza piaszczystym wałem, tworzą rodzaj bagnistych kałuż, z podkładem trudno przenikalnéj gliny.

Osadzone na muszlowéj rafie miasteczka Loheja i Konfuda, to ostatnie główny punkt prowincyi, są to bardzo skromne osady, złożone z paruset trzcinowych szałasów i kilku glinianych lepianek, służących na pomieszczenie konsystującego tu oddziału piechoty tureckiéj. Upał lub pora deszczy, wiatry zasypujące tumanami piasku z pustyni, brak znośnéj wody do picia, a niemniéj też i niechlujstwo paru osiadłych tu plemion arabskich, gnijących pośród stert zwierzęcych i roślinnych nieczystości, oto warunki, w jakich żyje tutejszy mieszkaniec. Dodać jeszcze należy, że i tak już niekorzystne klimatyczne warunki pogarszają jeszcze prądy powietrza od południa, mianowicie z okolicy wyżéj wspomnianych bagnistych kałuż. Od września więc do połowy stycznia zwykły tu panować bardzo groźne zimnice. W okresie zaś pośrednim mordercza czerwonka i choroby wątroby, przyczyniają tu tak znaczne straty, że nawet pośród hołdujących zasadzie fatalizmu wzbudzają prawdziwy postrach.

Ludność Assyru, podług przypuszczeń urzędów tureckich, jest podawaną jako dochodząca do 22-tysięcy mieszkańców. Właściwie jednak obliczenie jéj jest niepodobnem, ponieważ z wyjątkiem mniejszéj części mieszkańców, osiadłych w przybrzeżnych miasteczkach powstała ilość, jaką spotykamy rozrzuconą pod namiotami w dolinach górskiego pasma, są to koczujące plemiona, zajęte jedynie hodowlą trzod. Z przyczyny zaś rodzaju ich zatrudnienia nigdy nie pozostają oni na miejscu, a tylko stósownie do pory roku, przenoszą się na południe ku granicy Jemenu, lub w okresie pielgrzymki mahometanów do Mekki, udają się z trzodami do prowincyi Hedżaz. Jestto tedy ludność koczująca, wielce zainteresowana potrzebą wyprzedaży trzód i zaznaczająca swą wędrówkę pozastawianiem na każdêm miejscu pobytu resztek padłych zwierząt. Ilość tych ostatnich przechodzi stokroć liczbę mieszkańców, ślepo uległych Szeikowi, rezydującemu w Konfudzie, i podzielonych na gromady, rządzone w głębi kraju przez podrzędnych „seidów“.

Uwzględniając, że trzody owiec hodowane w Assyrze są bezwarunkowo przeznaczone na ofiary podczas dorocznych uroczystości mahometan w Mece, zdawałoby się, że chęć zyskownéj ich sprzedaży rozbudzićby powinna dbałość przy ich hodowli i możebne zabezpieczenie się od tak częstych tu chorób właściwych téj rasie. Dzieje się jednak zupełnie przeciwnie. I podobnie jak wschodnia opatrzność czuwa nad rozwojem i dojrzewaniem owocu palm lub tamaryndy, tak też gnuśny tutejszy mieszkaniec jéj także powierza pieczołowitość nad trzodami, które stróżuje li tylko z obowiązku fanatycznéj uległości Szeikowi. Epizootyje więc mają tu charakter nagminny. A wpływ, jaki wywierają na jakość klimatu jest niezaprzeczenie bardzo szkodliwym. Bo jeżeli ludność przybrzeża morskiego jest dziesiątkowaną przez czerwonkę i zimnicę, to w wąwozach górskich nagromadzone z latami sterty istot zwierzęcych w stanie rozkładu, mogą być uważane za źródło wybuchu zakaźnych i bardzo groźnych chorób. Nie będzie też zbytecznym, gdy jeszcze dodam, że w pewnych miejscowościach nieczystości te zalegają nieraz całe doliny, gdzie warstwa ich przechodzi nieraz pół stopy, tak, że przebywający tędy podróżny, mianowicie w porze dżdżystéj brnie poprostu w zwierzęcêm tym bagnie. To też i wymyka się co rychléj z tych zapowietrzonych miejscowości. Co więcéj zgniłe te błota, w razie gdy koczowisko pasterzy znajdowało się nad wybrzeżem strumienia, przedostaje się do prądu wody, która w ten sposób zanieczyszczona dopływa do przymorskich osad, i jest nowym etyjologicznym warunrunkiem, wywołującym ten lub ów stan chorobowy.

Zapoznawszy się więc tak z przyrodą saméj prowincyi a nieco i z charakterem jéj mieszkańców, określiwszy o ile to było podobna, warunki klimatu i wpływ jego na ogólną zdrowotność, przechodzę do właściwéj kwestyi, mianowicie do wybuchu tu dżumy.

Pierwsza o niéj wiadomość, jaka uderzyła w poważne umysły europejskich higijenistów, została przyjętą z pewnêm niedowierzaniem. I gdyby nie położenie Assyru nad morzem Czerwonym (ową sławną drogą handlową, przez którą stara Europa zaopatruje się w produkta dalekiego wschodu, a jednocześnie zapoznaje się i z jego plagami), to łatwo przypuścić, że dżuma mogłaby tam przejść niepostrzeżenie. Bo już sama pora jéj wybuchu w maju b. r. nie zgadzała się z zasadą potwierdzoną doświadczeniem, że zakaźna ta choroba grasować zwykła tylko wczesną wiosną i na jesieni, i że pierwsze letnie upały zwykły powstrzymywać jéj postęp. Co więcéj nieufność w istnienie dżumy w Assyrze popierały jeszcze interes handlowy, nakazujący okryć obronną flagą wszystko, co się sprzeciwia jego postępowi, a niemniéj też i czas pielgrzymki mahometan do Mekki, którą postanowiono przeprowadzić w zwykłych corocznych warunkach. Z jednéj więc strony chęć zysku, obok fanatyzmu religijnego, wzbraniały przekonać się, jakim jest istotny stan zdrowotny w Assyrze i opóźniły zastósowanie środków ostrożności. Wprawdzie przystanie téj prowincyi są bardzo rzadko odwiedzane przez parostatki z regularnych linij handlowych, udających się do Indyj, lub dążących ku północy. Istnieje tu jednak żegluga miejscowa za pośrednictwem tak zwanych „Sambuk“ (dużych łodzi żaglowych), komunikujących tak z wybrzeżem azyjatyckiem, jak i afrykańskiem. Wzgląd wreszcie na bliskość Dżeddy i Hodejdy, a na przeciwnêm wybrzeżu Suakimu i Massawy, powinny były zwrócić baczność władz czuwających nad zdrowiem publiczności. Że jednak zysk i fanatyzm wzajemnie niejako wspierają się na wschodzie, wszelkie więc niebezpieczeństwo grożące masom błednie wobec nich! I jeżeli do pewnego stopnia można uniewinnić rząd turecki w jego opóźnieniu się w zastosowaniu środków ochronnych, to na rząd egipski, jako bezpośrednio interesowany, ciężka za to spada odpowiedzialność. Bo jeżeliby nastąpił postęp zarazy, przedostałaby się ona najwprzód do Egiptu. Sanitarna bowiem rogatka w El-Thor okazałaby się niezdolną do powstrzymania złego. (C. d. n.).

Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

5) Aleksy Zajcew, Dr. geologii i mineralogii, b. wychowaniec, asystent i docent uniwersytetu Kazańskiego, nadzw. profesor mineralogii i geologii, lat 33.

6) Sergijusz Korzyński, Dr. botaniki, b. wychowaniec i docent uniwersytetu w Kazaniu, nadzwyczajny profesor botaniki, lat 27.

7) Edward Lehman, magister farmacyi, b. wychowaniec uniwersytetu Dorpackiego, następnie docent w Kazaniu, a obecnie nadzwyczajny profesor farmacyi i farmakognozyi, l. 40.

8) Mikołaj Kaszczenko, Dr. medycyny, b. wychowaniec uniwersytetów Moskiewskiego i Charkowskiego, następnie

asystent i docent w Charkowie, obecnie nadzwyczajny profesor zoologii i anatomii porównawczéj, lat 34.

9) Włodzimierz Wielikij, Dr. zoologii, b. wychowaniec i docent uniwersytetu Petersburskiego i b. laborant Akademii Nauk w Petersburgu, nadzwyczajny profesor fizyjologii, lat 37.

Oprócz 25 profesur etat Tomskiego uniwersytetu przy całkowitym składzie wydziału lekarskiego zawiera w sobie: 4 prosektury z roczną płacą każda po 1500 rs., 1 miejsce pomocnika prosektora z roczną płacą 500 rs., 2 miejsca asystentów i 4 laborantów z płacą dla każdego po 800 rs. rocznie, 8 asystentów klinicznych z płacą po 600 rs. każde, 1 miejsce kustosza z płacą 1000 rs. i 3 takie miejsca z płacą po 600 rs. rocznie, 1 miejsce ogrodnika i jedno prowizora apteki z płacą 800 rs. rocznie każde, 2 miejsca pomocników aptekarzy po 250 rs. rocznie każde, 1 miejsce mechanika i 1 nadzorcy zakładu gazowego z płacą po 500 rs. każde, 1 miejsce biblijotekarza z płacą 1200 rs. rocznie i mieszkaniem *in natura*, 1 miejsce pomocnika biblijotekarza z płacą roczną 600 rs., a nadto po 1 miejscu sekretarza zarządu (1000 rs. rocznie), egzekutora (1200 rs.), buchaltera i kasyjera (1000 rs.), lekarza (600 rs.), budowniczego (600 rs.), akuszerki klinicznéj (400 rs.), nadzorcy klinik (400 rs.), felczerki (300 rs.) i 8 miejsc felczerów (po 200 rs. każde). Na inspekcyję studentów wyznaczono 7300 rs. rocznie; z sumy téj inspektor studentów pobiera 3000 rs. rocznie (mieszkanie mając w naturze), sekretarz studentów 1200 rs. i pomocnik inspektora 1500 rs. (obaj mają też mieszkanie w naturze). Ogółem na cały personel po ostatecznem skompletowaniu wydziału lekarskiego wydawać będzie skarb 134.800 rs. Oprócz tego na utrzymanie uniwersytetu i naukowe środki pomocnicze asygnowaną już została i asygnowaną będzie rokrocznie suma 64.100 rs. Z sumy téj na utrzymanie gabinetów i pracowni przypada 13.400 rs. rocznie, na biblijotekę i pisma bieżące 5000 rs., na kliniki 13.200 rs., na cerkiew 1000 rs., na szpital studencki 1000 rs., na światło, opał, służbę i amelijoracyję budynków 25.000 rs., na utrzymanie kancelaryi 2500 rs., na wydawnictwo prac naukowych i naukowe ekskursyje 3000 rs. Stypendyjów przy Tomskim uniwersytecie w niedalekiéj przyszłości będzie około 40; w téj liczbie 20 rządowych po 300 rs. rocznie każde.

Liczba studentów przez pierwszy ubiegły rok istnienia uniwersytetu wynosiła 72 i 2 wolnych słuchaczy. Z rozpoczęciem jesiennego półrocza oczekują znacznie większego napływu młodzieży, zwłaszcza z seminaryjów duchownych. Wychowańcy seminaryjów przy wstępowaniu do uniwersytetu poddawani są w uniwersytecie wstępnemu egzaminowi z języka rosyjskiego i łacińskiego przed osobną komisyją. W ubiegłym roku 55% ogólnéj liczby studentów przedstawiali seminarzyści. W ogóle pierwsi studenci Tomskiego uniwers. przedstawiają żywioł pracowity; wszelkie repetycyje i egzamina zdali bardzo dobrze, na wykłady uczęszczają pilnie. Oby tak i nadal było! Administracyjną i bezpośrednią władzę nad nimi ma inspektor, którym jest p. Jeleniew, kandydat nauk przyrodniczych, b. dyrektor gimnazyjum w Krasnojarsku; sekretarzem jego kancelaryi jest p. Rzewuski. Z innych miejsc przy uniwersytecie obsadzone są dotąd miejsca: pomocnika prosektora anatomii opisowéj, którym jest lekarz p. Czugunow, laborantów farmacyi (prowizor farmacyi p. Horst), chemii (kandydat chemii p. Loesch), fizyki (nauczyciel gimn. żeńskiego p. Zdanowicz) i histologii (lekarz Dmitriewskij), daléj miejsca kustoszów gabinetów zoologicznego (p. Poeltsam), botanicznego (p. Kryłow, prowizor farmacyi, zarazem ogrodnik) i mineralogicznego (kand. nauk przyrodniczych p. Dierżawin). Biblijotekarzem uniwersytetu jest b. docent uniwersytetu Kazańskiego, kand. filologii p. S. Kuźniecow; jego pomocnikiem kand. filologii p. Oksenow. Obowiązki mechanika powierzono p. Białozierowowi, b. wychowańcowi szkoły technicznéj w Omsku. Dozorcą zakł. gazow. jest p. Gleichenhaus, lekarzem studentów lekarz Ackermann, sekretarzem zarządu kand. prawa p. Wiatkin, p. s. egzekutora p. Kurhanskij, buchalterem i kasyjerem p. Konstantinow, budowniczym inżynier cywilny p. Naronowicz.

Żywioł polski przy uniwersytecie w Tomsku nader słabo jest reprezentowany. Oprócz prof. chemii p. Zaleskiego Polakami są jeszcze: sekretarz do spraw studenckich p. Rzewuski i laborant fizyki p. Zdanowicz, a nadto 2 studenci pp. Noniawa, wychowaniec gimnazyjum w Tobolsku i p. Konarzewski, wychowaniec Omskiego gimnazyjum. Prof. histologii A. Dogiel jest bez wątpienia polskiego pochodzenia i wyznania katolickiego, typ jednak polski zatracił już zupełnie. Cokolwiek silniéj, jak same nazwiska wykazują, jest reprezentowany żywioł niemiecki, lecz ogółem biorąc, także dość słabo. Żydów i do Tomskiego uniwersytetu przyjmują jako studentów zaledwie 5%. Umundurowanie dla studentów jest tu takie same, jak i na innych rosyjskich uniwersytetach. Zarząd uniwersytetu stanowią: profesorowie Gezechus (przewodniczący), Zaleski, Dogiel, Korzynskij i insp. Jeleniew.

Człowiekiem, który wielkie zasługi położył dla uniwersytetu Tomskiego, jest bez wątpienia p. Floryńskij. Imię jego na zawsze związane z historyją tego nowego wiedzy przybytku. Jeżeli jednak najmłodszy z uniwersytetów pomimo wszelkich przeszkód, jakie natura, stan finansowy i miejscowe warunki mu stawiają, nie pozostaje w tyle za innemi, wiekiem i tradycyją starszemi, zasługa to prawie wyłączna pierwszych profesorów, ludzi z małym wyjątkiem dość szczęśliwie dobranych, którzy należycie pojmują swoje obowiązki i starają się sumiennie je wypełnić. Nie należy wątpić, że kulturalne życie Tomska, a może i całéj Syberyi za lat kilkanaście doszczętnie będzie ku lepszemu zmienione. Już teraz zupełnie tu inny poziom umysłowy i moralny. Dziś prawie wszyscy profesorowie zajęci są urządzaniem pracowni i gabinetów. Wypełnić gołe ściany, wlać w nie ducha i życie i uczyć o wiorst 4090 od cywilizowanego świata, nawet bez odpowiednich środków komunikacyi i możności utrzymania spójni duchowéj nie stanowi wszak łatwego zadania.

Słówko jeszcze o życiu lekarskiem w Tomsku. Nie licząc osób, należących do ciała uniwersyteckiego, mamy tu 16 wolnopraktykujących lekarzy. Z łona uniwersyteckiego praktyką trudni się tylko prof. histologii Dogiel i jego asystent Dmitriewskij; reszta oddana jest przeważnie nauce. Urząd lekarski tutejszy stanowią: gubernijalny inspektor służby zdrowia Dr. med. Matkiewicz i jego pomocnicy lekarze Bereznicki i Jedancew. Lekarzem więzień tutejszych jest p. Orzeszko, jego pomocnikiem p. Ackermann. Zawiadującym szkołą akuszerek i felczerów p. Bereznicki, lekarzami miejskimi pp. Mendelejew i Krenbul, zawiadującym lecznicą dla niezamożnych chorych p. Makuszyn, lekarzem wychodźców p. Piruski. Aptek jest 3 w mieście, pp. Kownackiego, Botta i rządowa, którą zarządza p. Świderski, będący nadto farmaceutą przy urzędzie lekarskim. Lekarze tutejsi żyją ze sobą zgodnie, jak rzadko gdzie. Zamyślali oni od dawna o utworzeniu Towarzystwa lekarskiego, że jednak Towarzystwo przyrodniczo-lekarskie zostanie lada dzień otworzone przy uniwersytecie, jak tylko ustawa, wygotowana przez pierwszych profesorów uzyska zatwierdzenie Ministeryjum oświaty, zaniechali swego projektu i zamierzają przyłączyć się do Towarzystwa, zostającego pod patronatem uniwersytetu. Z czasem Towarzystwo to w miarę wzrostu zostanie podzielone na sekcyje. Będzie także posiadało swój stały organ, plan którego już jest ułożony.

Pomiędzy lekarzami jednym z najwięcéj szanowanych jest p. Orzeszko, polak z pochodzenia i przekonania, brat męża znanéj naszéj powieściopisarki. Oprócz niego polakami są także pp. Krenbich i Piruski. Jest tu także 3 farmaceutów polaków, a mianowicie pp. Kownacki, Świderski i Daugszo, a wreszcie kilku felczerów i kilka akuszerek, między któremi jedną z najwięcéj wziętych i popularnych jest pani Świdzińska. Rzecz godna zastanowienia, że stałego dentysty nie posiada Tomsk wcale; bawią tu tylko czasowo przejezdni dentyści, a pod ich nieobecność jedyna ucieczka w Drze Bereznickim, który ma przy sobie felczera, dość wyćwiczonego w dentystyce i sam w poważniejszych wypadkach rady udziela. Honoraryja za poradę lekarską są tu raczéj mniejsze, aniżeli większe w porównaniu z europejską Rosyją. Objaśnia się to po części biedotą znacznie przeważającéj części ludności, po części sknerstwem i wyrachowaniem więcéj zamo-

żniejszych kupców. To pewna, że majątków tutejsi lekarze nie robią.

Oto w krótkim zarysie wszystko, co rzec można o Tomsku, jako o najpoważniejszym dziś stanowczo w całéj Azyi ośrodku uniwersyteckiego i specyjalnie lekarskiego życia. Nie wątpimy, że następne lata znaczne zmiany wytworzą. Wszelkiemi spostrzeżeniami co do głównych faz tych zmian gotowi jesteśmy zawsze chętnie i nadal podzielić się z czytelnikami *Przeglądu Lekarskiego*, jednego z nie wielu pism polskich, które śledzi za przejawami ludzkiego ducha nie tylko o tyle, o ile one odbiją się na papierze, lecz zarazem stara się je jako jednolitą całość wydzielić wprost z życia, bez względu na to, gdzie ono pulsuje, byle pulsowało. *Dr. Ch.*

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Zjazd międzynarodowy w sprawie alkoholizmu. Na zjeździe paryskim przeciw nadużywaniu wyskoku zwrócił M. Y v e r n è s uwagę na paralelizm między zużywaniem wyskoku z częstością zbrodni, chorób umysłowych i samobójstw. Statystyka ta znajduje potwierdzenie w wszystkich krajach. Największy jest alkoholizm w Belgii, w któréj na 8 doroslych mężczyzn przypada jeden szynkarz. Petithan (Belgija) uważa mniejsze szynki, w których sprzedaje się wyskok najgorszy, za główne źródła demoralizacyi i tajemnéj prostytucyi. Celem zapobieżenia nadużywaniu wyskoku koniecznie potrzebnem jest zmniejszenie liczby szynków, ponieważ najliczniejsze następstwa nadużywania wyskoku należy odnieść do nadmiernego używania wódki; stosownie do tego żądają przedstawiciele angielscy zabronienia wszelkich wyskokowych napojów. Następnie rozprawiano o karaniu pijaństwa, o umieszczczaniu upojonych i znanych pijaków w odpowiednich zakładach. Wkońcu powziął zjazd uchwałę, że należy zabronić wszystkich gatunków wyskoku, z wyjątkiem etylowego, jako trujących, daléj że należy obciążyć czysty wyskok znacznemi podatkami, zaś napoje fermentowane (wino, niefałszowane piwo i t. d.) powinno się o ile możności uwolnić od podatków; w końcu poleca się urządzanie pracowni, w którychby można zadarmo wykonywać rozbiory i nakłanianie towarzystw wstrzemięźliwości do postarania się o rozszerzenie niefałszowanych względnie wyskoku nie zawierających napojów w warstwach roboczych. Wreszcie rozprawiano o sposobach chemicznych celem wykrycia sfałszowań, przyczem zauważa Dujardin Beaumetz, że głównie w Niemczech wyrabiane przyprawy jako dodatki do gorszych rodzajów wyskoku są w wysokim stopniu trującemi. (*Progr. médic.*)

Dr. Baschkopf.

† Lekarze gminni w Morawii (jak wiadomo w téj prowincyi instytucyja ta już od paru lat istnieje) podali petycyję do Sejmu o rewizyję ustawy sanitarnéj z r. 1884 za pośrednictwem ankiety. Lekarze gminni w petycyi téj dowodzą, że spostrzebowują całą płacę swoją razem z ryczałtem na podwody. (*Wien. med. Presse*).

† Z powodu zaszłych nadużyć Ministerstwo spraw wewnętrznych poleciło władzom politycznym, aby przypomniały wszystkim lekarzom praktykującym, iż według § 3-go rozporządzenia z d. 28 listopada 1885 r., przepisując lek, którego nadużycie mogłoby stać się niebezpiecznem dla zdrowia, obowiązani są dodać klauzulę *„ne repetatur“*. (*W. med. Presse*).

† Wskutek przedstawienia najwyższéj Rady zdrowia Ministerstwo sprawiedliwości postanowiło umieścić w projekcie ustawy karnéj przepis ku zwalczaniu reklamy lekarskiéj.

† **Niemcy.** W Niemczech w roku szkolnym 1887/88 zdało egzamin państwowy lekarski 1.216 uczniów. Z tych było 802 Prusaków, 372 innych Niemców i 30 cudzoziemców (pomiędzy ostatnimi najwięcéj było Rosyjan — 13-stu). Z postępem bardzo dobrym zdało 70 (5·77%) z dobrym 744 (61·18%) z dostatecznym 398 (32·75%).

† Liczba głuchoniemych jest w różnych państwach bardzo rozmaitą. Tak na 10.000 mieszkańców przypada w Anglii głuchoniemych 5·75, w Danii 6·20, we Francyi 6·28, w Hiszpanii 6·46, we Włoszech 7·34, w Irlandyi 8·25, w Niemczech 9·66, w Norwegii 9·87, w Prusiech 9·9, w Szwecyi 11·70, w Austryi 13·45, i w Szwajcaryi 24·52.

† **Anglija.** W Londynie z inicyjatywy lorda-majora odbył się uroczysty miting ku uczczeniu Pasteura. Na zebraniu tem podnosili zasługi Pasteura tacy uczeni jak Tyndall, Lister, Roscoe, Foster, Brunton i inni. W końcu powzięto jednogłośnie następujące uchwały: 1. Wyrazić podziękowanie Pasteurowi i jego pomocnikom. 2. Przyznać ochronne leczenie wścieklizny metodą Pasteura za udowodnione. 3. Urządzić składkę na podarunek dla zakładu Pasteura i dla utworzenia kapitału, za którego procenta możnaby posełać biednych ukąszonych przez wściekłe psy do Paryża. (Zebrano zaraz przeszło 10.000 fl.) 4. Uznać za konieczne, ażeby wszystkie psy nosiły kagańce i ustanowić kwarantanę dla psów przywożonych do Anglii. 5. Podziękować lordowi-majorowi za zwołanie mitingu. Angielska prasa lekarska wyraża się z tego powodu również z wielkiem uznaniem dla Pasteura.

† **Francyja.** Z danych statystycznych zebranych we Francyi dla wyższéj Rady hygienicznéj wypływa smutny fakt, że podczas gdy ludność wzrasta bardzo powoli, liczba głuchoniemych zwiększa się 4 razy szybciéj, ślepych 4·5 razy, idyjotów 5, a umysłowo chorych 6 razy. Ilość samobójstw w Paryżu w roku 1888 wynosiła 407 na milion mieszkańców, to jest prawie 4 razy więcéj niż w Londynie.

† **Holandyja.** Harlemskie Towarzystwo naukowe ogłosiło konkurs na rozprawę: „O opartym na doświadczeniach, krytycznym poglądzie na bakteryje znajdujące się w wodzie do picia przed i po przesączeniu jéj przez piasek. Równocześnie należy podać sposoby badania tych bakteryj“. Rozprawy mogą być napisane w języku niemieckim, francuskim, holenderskim, a przesłane muszą być najpóźniéj 1 stycznia 1890 r. na ręce sekretarza Towarzystwa prof. Bosscha w Harlemie. Najlepsza praca zostanie wynagrodzoną albo złotym medalem wartości 150 fl. albo też tą kwotą. Nadto w razie znacznéj wartości nadesłanéj pracy może być dodana jeszcze premia dodatkowa w kwocie również 150-ciu fl.

Ustawa

z dnia . . . o urządzeniu służby zdrowia w gminach, obowiązująca w Królestwie Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

(Dok. Patrz Nr. 45).

Jest daléj rzeczą stwierdzoną, że w Galicyi syfilis bardzo jest rozpowszechnioną. Wprawdzie trudno co do téj choroby uzyskać daty statystyczne, któreby chociaż w przybliżeniu przedstawiały właściwy stan rzeczy, posiadamy jednak dość danych, aby wyświecić sytuacyję. I tak we wszystkich publicznych i prywatnych szpitalach królestw i krajów w Radzie państwa reprezentowanych wynosiły w r. 1885 przypadki leczonéj choroby syfilitycznéj tylko 8·8% wszystkich wypuszczonych z leczenia chorych, podczas gdy w tym samym roku w szpitach galicyjskich przypadki choroby syfilitycznéj wynosiły 6.925, czyli 15·8% wszystkich z leczenia wypuszczonych chorych. Tylko na Bukowinie i w Istryi był ten stosunek jeszcze gorszym. Jeżeli się zważy, że u naszego ludu wobec znanéj niechęci do leczenia szpitalnego tylko te przypadki choroby syfilitycznéj bywają leczone w szpitalach, które dochodzą do wiadomości urzędowéj, że zatem przeważna większość przypadków choroby wcale nie bywa leczoną, to musimy przyjść do przeświadczenia, że syfilis w Galicyi jest więcéj rozpowszechnioną, aniżeli w jakimkolwiek innym kraju koronnym.

Stwierdzono też, że z powodu zaniedbania wszelkich środków zaradczych w niektórych gminach, a nawet powiatach (np. Kosów) syfilis rozszerzyła się do prawdziwych epidemij.

Ponieważ syfilis jest powodem znacznéj chorobliwości i charłactwa, licznych przypadków chorób umysłowych i nerwowych, znacznéj śmiertelności dzieci i znacznéj ilości nieżywo urodzonych dzieci, to od użycia stosownych środków zapobiegawczych w téj mierze zawisło powstrzymanie skarłowacenia całych pokoleń.

Najdzielniejszym środkiem zwalczania choroby syfilitycznéj będzie organizacyja lekarzy gminnych, gdyż przez to uzyska się równy rozkład lekarzy w kraju, a tem samem ułatwi się zasiągnięcie pomocy lekarskiéj. Polecając lekarzom gminnym i okręgowym, ażeby chorobę powyższą z całą uwagą śledzili, władza mogłaby już pierwsze przypadki téj choroby w gminie ściśle nadzorować a przez to zapobiedz jéj dalszemu szerzeniu się.

Należy daléj zwrócić uwagę na egipskie zapalenie oczu (jaglicę), coraz bardziéj w kraju się szerzące. Choroba ta nie

tylko zmniejsza siłę obronną kraju, gdyż rok rocznie setki popisowych i żołnierzy wyklucza się z téj przyczyny ze służby wojskowéj, lecz nadto jest w wielu razach powodem zupełnéj ślepoty czasem nawet całych rodzin. W powiatach trembowelskim, tarnopolskim, zbaraskim i skałackim, należących do tarnopolskiego wojskowego okręgu uzupełniającego, dają się dotkliwie czuć skutki téj choroby, w tych bowiem powiatach ilość ciemnych jest największą.

Gdy chronicznie przebiegające przypadki jaglicy, mimo znacznych kosztów i usilnych starań lekarzy, w murach szpitalnych nie dają się wyleczyć, wypada leczyć te przypadki ambulatoryjnie przy zachowaniu środków ostrożności celem powstrzymania możliwego zakażenia innych osób z otoczenia chorego. Ten obowiązek ciężyłby na gminnych lekarzach okręgowych.

Ażeby zakończyć szereg chorób szczególnie w kraju naszym rozpowszechnionych, należy jeszcze wspomnieć o świerzbie u ludzi. Choroba ta nie bywa przyczyną utraty życia, lecz z powodu bardzo znacznego rozszerzenia w niektórych okolicach kraju, uszczupla w sposób dotkliwy zdolność do zarobkowania ludności wiejskiéj.

Jednym z pierwszych obowiązków lekarzy gminnych okręgowych byłoby bezpłatne leczenie wszystkich w okręgu zamieszkałych ubogich. Przez to zapobiegnie się w wielu razach zaniedbaniu chorób, a wskutek tego należy się spodziewać, że nasze szpitale nie będą na przyszłość tak dalece jak dotychczas obciążane zadawnionemi, a nawet nieuleczalnemi przypadkami choroby.

Szpitale, które dotychczas są poniekąd zakładami przytułku dla nieuleczalnych, stałyby się zakładami leczniczemi w właściwem tego słowa znaczeniu. Niewątpliwie zmniejszyłaby się ilość dni leczenia w szpitalach, a tem samem zmniejszyłby się wydatek funduszu krajowego na koszta leczenia.

Z powyższego, jakkolwiek tylko w ogólnych zarysach zakreślonego obrazu okazuje się, jak doniosłe znaczenie ma organizacyja gminnéj służby zdrowia dla utrzymania i powiększenia ogólnéj zdolności do zarobku, dla zwiększenia zdrowego pokolenia ludności, wreszcie dla zmniejszenia wydatków na zaopatrywanie ubogich.

Co do samego projektu ustawy wniesionego do Wysokiego Sejmu jako przedłożenie rządowe, zauważa się co następuje:

Sejm galicyjski na posiedzeniu dnia 14 stycznia 1874 r., przechodząc do porządku dziennego nad ówczesnem przedłożeniem rządowem o organizacyi gminnéj służby zdrowia, powziął następującą uchwałę:

1) „Sejm przechodzi nad przedłożeniem rządowem o organizacyi służby zdrowia w gminach do porządku dziennego.

2) Sejm przyjmuje z motywów w sprawozdaniu przytoczonych następujące zasady, które przesyła Wysokiemu Rządowi do uwzględnienia ich przy ułożeniu innego projektu organizacyi służby zdrowia, mianowicie: a) okręgi zdrowotne winny obejmować około 15.000 mieszkańców, b) urządzenie służby zdrowia ma być zastósowane także do obszarów dworskich.

3) Sejm wyraża przekonanie, że skarb państwa powinien się przyczyniać do utrzymania służby zdrowia w gminach".

Obie powyższe uchwały pod a) i b) zostały w obecnym projekcie ustawy w zupełności uwzględnione, gdyż z jednéj strony ilość okręgów sanitarnych zmniejszono do połowy, a z drugiéj strony wciągnięto obszary dworskie do organizacyi.

Na mocy postanowień § 2 i 4 obecnego projektu ustawy, byłby kraj podzielonym na 345 okręgów sanitarnych i 21 samoistnych gmin sanitarnych, do czego potrzeba 372 lekarzy. Z końcem roku 1888 było w Galicyi 844 doktorów medycyny i chirurgów, ponieważ jednak nie można wziąć w rachubę wszystkich profesorów obu wyższych zakładów naukowych w kraju, lekarzy rządowych, szpitalnych, specyjalistów, niemniéj lekarzy potrzebnych do wykonywania praktyki w większych miastach, wreszcie lekarzy, którzy z powodu podeszłego wieku, nieudolności fizycznéj lub dla innych przeszkód do gminnéj służby zdrowia nie mogą być użyci, pozostaje do sprawowania téj służby około 350 do 400 lekarzy (doktorów medycyny i chirurgów) to jest tyle, ile do przeprowadzenia projektowanéj organizacyi niezbędnie potrzeba.

Nie ulega wątpliwości, że zastosowanie obszarów i zaludnienia poszczególnych okręgów sanitarnych do ilości lekarzy zostających do dyspozycyi, przedstawiać będzie trudności. Znaczna bowiem rozległość okręgów, wysoka cyfra ich ludności, utrudni wogóle czynności lekarzy okręgowych, a nawet uczyni niemożliwem wykonywanie niektórych czynności w całym okręgu (jak n. p. oględzin zwłok).

W przedłożonym projekcie podaną jest jednak możność zmiany granic pojedynczych okręgów sanitarnych, wskutek czego można będzie z czasem, w miarę zwiększającéj się liczby lekarzy, poprawić stan rzeczy.

Organizacyja gminnéj służby zdrowia doprowadzi do równomiernego rozkładu sił lekarskich w kraju. Z 844 lekarzy, którzy w końcu r. 1888 wykonywali praktykę w Galicyi, mieszkało 268 (241 doktorów medycyny a 27 chirurgów) w mieście Lwowie i Krakowie t. j. 32%. W obu tych miastach przypada jeden lekarz na 656 głów, na prowincyi zaś lekarz jeden na 10.000 ludności. W niektórych powiatach stosunek ten jeszcze niekorzystniejszy. W powiecie Nisko i Turka n. p. przypada jeden lekarz na 18.000 głów. Jeżeli zatem według przedłożonego projektu ustawy zostanie zorganizowaną służba sanitarna w gminach, sprowadzi się przeto z jednéj strony konkurencyję lekarzy nagromadzonych w jednem mieście do właściwéj miary, z drugiéj zaś strony ułatwi się osiedlanie lekarzy w okolicach, w których dotychczas nie było warunków do rozwinięcia działalności lekarskiéj. Z 345 okręgów sanitarnych przypadnie w 105 siedziba lekarza na miasteczka takie, w których dotychczas nie było ani lekarza ani chirurga.

Koszta, jakich wymaga projektowana instytucyja sanitarna będą w stosunku do spodziewanych skutków umiarkowane. Gminy i obszary dworskie miałyby uiszczać na opłacenie poborów służbowych lekarzy okręgowych rocznie 150.965 złr.

Prócz powyżéj oznaczonéj kwoty, którą gminy i obszary dworskie musiałyby ponieść, musiałby jeszcze fundusz krajowy na zasadzie § 16 al. 2 projektu ustawy dopłacać kwotę 126.589 złr. jako subwencyje dla pojedynczych okręgów, któreby nie były w możności całkowicie pokryć poborów służbowych lekarzy okręgowych. Od tego należy jednak odliczyć dotychczasowe koszta szczepienia, gdyż czynność tę będą lekarze okręgowi bezpłatnie wykonywać. Ponieważ w ostatnich latach wydatek na szczepienie publiczne wynosił średnio 55.000 złr., przeto pozostałaby do pokrycia z funduszu krajowego właściwie tylko kwota 71.589 złr.

Wysoki Sejm wypowiedział w swéj uchwale 3, z dnia 14 stycznia 1874 zapatrywanie, że także i skarb państwa powinien przyczynić się do ponoszenia kosztów utrzymania lekarzy gminnych. To samo zapatrywanie wypowiedzieli także delegaci Wydziału krajowego w r. 1888 w ciągu obrad nad niniejszym projektem ustawy.

Nie ma jednak żadnéj ustawowéj podstawy do żądania, aby skarb państwa miał bezpośrednio przyczyniać się do kosztów organizacyi gminnéj służby zdrowia i rzeczywiście w żadnéj prowincyi, które zorganizowały u siebie gminną służbę zdrowia, państwo nie przyczynia się do pokrywania połączonych z tem kosztów.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 14 listopada. We wtorek rozpoczęły się egzamina fizykackie pod przewodnictwem protomedyka Dra Merunowicza, który w tym celu zjechał do Krakowa. Zgłosiło się tym razem kandydatów 6.

Od czasu wprowadzenia egzaminów fizykackich, a więc od r. 1874 aż do maja r. b. zgłosiło się w Krakowie 122 kandydatów, z których zdało 112, 4 musiało z jednego przedmiotu złożyć egzamin poprawczy, 1 ustąpił sam, a 5 nie uzyskało aprobaty. Z tych 122 kandydatów 115 pochodziło z Galicyi, 5 z Bukowiny, 1 ze Szląska, a 1 z Morawy. W porównaniu z innemi miastami uniwersyteckiemi względnie może najwięcéj zgłosiło się kandydatów w Krakowie, a w każdym razie pokazuje się, że najwięcéj w Galicyi przyjęło się między lekarzami przeświadczenie, że bez egzaminu fizykackiego studyja lekarskie nie są ukończone i że prędzéj lub późniéj egzamin ten może przydać się w zawodzie praktycznym. Ztąd to pochodzi, że zgłaszają się doń i tacy kandydaci, którzy niekoniecznie myślą starać się o posadę w publicznéj służbie zdrowia. To też z owych 122 kandydatów umarło 9 nie otrzymawszy posady, umarło nadto 4 lekarzy powiatowych; z pozostałych 109 47 tylko mają posady w publicznéj służbie zdrowia, a 7 posady gminne (fizyków i lekarzy miejskich), razem 54, reszta 55 albo wcale o posady ta-

kie nie ubiega się albo pomimo starania dotąd ich nie otrzymało. Jeżeli więc pomimo to liczba kandydatów była względnie tak znaczną w porównaniu z innemi prowincyjami przedlitawskiemi, świadczy to chlubnie o gorliwości i zabiegliwości naszych lekarzy.

* W piątek dnia 15 b. m. o godzinie 12-tėj w południe odbędzie się w *Collegium novum* uroczyste wręczenie dekoracyj proff. Oettingerowi i Jakubowskiemu. Wręczenie dokona rektor Uniw. Jagiell. prof. Korczyński w obecności Senatu akademickiego i członków Wydziału lekarskiego.

* Otrzymaliśmy „kalendarz lekarski“ za rok 1890 wydany pod redakcyją J. Polaka, a opracowany przez Bujwida, Dunina, Grodeckiego, Hewelkiego, Kuniewicza, Matlakowskiego, Polikiera, Polaka i Puławskiego, Warszawa 1890. Oprócz zwykłéj treści zawiera kalendarz ten: wskazówki diagnostyczne (z rycinami), wskazówki terapeutyczne, rzecz o ratowaniu pozornie zmarłych, o otruciach, dawki największe, spis środków lekarskich, przegląd najnowszych postępów w dziedzinie terapii, o najnowszych zwrotach w antiseptyce (Matlakowski), metody higien. badań pokarmów i t. d. (Bujwid), skorowidz zdrojowisk, a wreszcie spis prac oryginal. umieszczonych w lek. czasopismach polskich od 1/7 1888 do 1/7 1889 r. Treść obfita obok bardzo skromnéj objętości jest najlepszem poleceniem wydawnictwa.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Będzie tu urządzony zakład higijeniczny, którego kierownikiem będzie profesor Knauff. — **Petersburg.** Prof. Botkin ze względu na zdrowie nadwerężone ma ustąpić z katedry. — **Christiania.** Dr. Tērup mianowany został zwycz. prof. fizyjologii, jako następca Worm-Müllera. — **Graz.** Prof. położnictwa Dr. Helly otrzymał tytuł redzcy rządowego, — **Dorpat.** Prof. Dragendorff po ukończeniu 25-letniéj służby uniwersyteckiéj wybrany został na dalsze 5 lat.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 45: Stępniewskiego: Odnowa generacyi materyjału ospowego (dok.); Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek (dok.). — *Odczytów klin.* Nr. 11: Matlakowskiego: Tegoczesny sposób operowania raka sutka. — W *Nowinach Lek.* Nr. 11: Adamkiewicza: O zachowaniu się ciałek nerwowych w chorych nerwach; Czyrniańskiego: O znaczeniu leczenia niedomogi jelitowéj (dok.); spostrzeżenia z praktyki Sysaka i Wróblewskiego. — W *Gazecie Lek.* Nr. 45: Sędziaka: Intubacyja krtani; Sawickiego: O ranach przepony (c. d.); Fabiana: Kilka uwag nad przymiotem układu nerw. (dok.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 20 listopada o godzinie 6-téj w sali wykładowéj prof. Blumenstoka zwyczajne swe posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) O karmieniach w ustroju zwierzęcym, wykład Doc. Dra Walentowicza z demonstracyją. 2) Uwagi nad rozpoznaniem gruźlicy połyku i krtani, wykład prof. Dra Pieniążka z demonstracyją.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.